

**República de Colombia
MINISTERIO DE SALUD
Y
FONDO NACIONAL HOSPITALARIO**

**"MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN
COLOMBIA"**

(COL - 0033)

**PROYECTO PRESENTADO AL BANCO INTERAMERICANO
DE DESARROLLO**

**PRIMERA PARTE
ASPECTOS GENERALES**

SANTAFE DE BOGOTA, D.C. JULIO DE 1992

República de Colombia
MINISTERIO DE SALUD

DIRECCION SUPERIOR

GUSTAVO I. DE ROUX RENGIFO
Ministro de Salud

CARLOS ALBERTO AGUDELO CALDERON
Viceministro

LUIS EDUARDO GOMEZ PIMIENTA
Secretario General

República de Colombia
MINISTERIO DE SALUD

FONDO NACIONAL HOSPITALARIO

ALBERTO CAICEDO BORDA
Director General

MARIA ELENA TORRES DE VERGARA
Secretaria General

FERNANDO MENDEZ
Subdirector Operativo

CARLOS A. LEMUS
Subdirección Financiera y Administrativa

RODRIGO BARAJAS
Oficina de Planeación

República de Colombia
MINISTERIO DE SALUD

DIRECCIONES GENERALES

GLORIA CRISTINA FRANCO SOTO
Dirección General Administrativa

LILIANA PATRICIA GUZMAN
Dirección General Técnica

MARGARITA CARMONA DE RUIZ
Dirección General Planeación

Dirección General del Proyecto

GLORIA CRISTINA FRANCO SOTO
Directora General Administrativa
Ministerio de Salud

Consultores Responsables del Diseño del Proyecto

CESAR AUGUSTO PALACIO MEJIA
Coordinador

WILLIAM ESCOBAR GERARDINI

HUMBERTO ALFONSO GRANADOS

PARTICIPANTES EN EL DISEÑO DEL PROYECTO Y EN LA ELABORACION DEL DOCUMENTO

MINISTERIO DE SALUD:

CARLOS ALBERTO AGUDELO CALDERON
Viceministro

SARA INES GAVIRIA
Ex-Secretaria General

ESMERALDA VARGAS
Subdirectora Recursos Humanos

FERNANDO MARMOLEJO
Consultor Recursos Humanos

MARTHA LAVERDE DE ORJUELA
Coordinadora General PDCSNS

LUIS ALBERTO PEREA
Jefe Oficina de Informática

ANA LUNA
Profesional Oficina de Informática

EDGAR PRIETO
Consultor Oficina de Informática

RAFAEL LEON PEREZ
Asistente de Sistemas

JULIO SILVA COLMENARES
Superintendencia Nacional de Salud

OCTAVIO FAJARDO
Consultor Proyecto BID

PABLO ISAZA
Oficial de Enlace BID-OPS

MARIA CRISTINA NIÑO
Oficial Programa de Gestión

FONDO NACIONAL HOSPITALARIO:

CARLOS LASPRILLA
Jefe División Técnica

JORGE E. VILLAMIL
Jefe División Ingeniería y Mantenimiento

PLUTARCO CONTE
Arquitecto

ELIZABETH CHAVEZ
Ingeniera de Sistemas

MANUEL ZAPATA
Jefe Sección Capacitación

JUAN CRISTANCHO
Oficina de Planeación

MARTHA MUÑOZ ARIAS
Asistente Sistemas Proyecto Gestión

BEATRIZ JIMENEZ GUZMAN
Asistente Sistemas Proyecto Gestión

I N D I C E

	Pág.
1. RESUMEN DEL PROYECTO	1
1.1. ANTECEDENTES	1
1.2. PRESTATARIO Y EJECUTOR	3
1.3. SINTESIS DEL PROYECTO	4
1.4. OBJETIVOS	6
1.4.1. Objetivos Generales	6
1.4.2. Objetivos Específicos	6
1.5. METAS	9
1.6. COSTO TOTAL DEL PROYECTO	11
1.7. EJECUCION DEL PROYECTO	12
1.8. REQUERIMIENTOS DE COOPERACION TECNICA	13
2. SITUACION SOCIO-ECONOMICA GENERAL Y DE SALUD	16
2.1. SITUACION DEMOGRAFICA	16
2.1.1. Estructura y dinámica de población	16
2.1.2. Esperanza de vida	17
2.1.3. Migración	17
2.2. SITUACION MACRO-ECONOMICA Y SOCIAL	19
2.2.1. Indicadores macroeconómicos	19
2.2.2. Niveles de empleo y de progreso. Distribución de la pobreza	23
2.2.3. Condiciones de Vida	25
2.2.4. Plan económico. Rol del Estado	34

	Pág.
2.2.5. Proyección de la situación macroeconómica	36
2.3. SITUACION EPIDEMIOLOGICA	48
2.3.1. Mortalidad	48
2.3.2. Morbilidad	53
2.3.3. Factores condicionantes	55
2.3.4. Problemas y prioridades.....	56
2.4. OFERTA Y DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD	57
2.4.1. Cobertura poblacional.....	57
2.4.2. Disponibilidad de los recursos físicos y humanos	58
2.4.3. Utilización de recursos físicos. Egresos Hospitalarios	64
2.5. SITUACION INSTITUCIONAL: CONTEXTO Y LIMITACIONES, SITUACION GENERAL	68
2.5.1. Contexto Nacional - Sector Salud	68
2.5.1.1. Políticas y planes de salud.....	68
2.5.1.2. Sector Público. Organización y Prestación del Servicio Público de Salud	71
2.5.1.3. Financiamiento del sector salud.....	73
2.5.1.4. Participación del sub-sector privado.....	75
2.5.1.5. Organización y gestión gerencial del sector	77
2.5.2. Contexto Regional y Local: Organización y Financiamiento	77
2.6. CAMBIOS EFECTUADOS EN EL MINISTERIO DE SALUD A PARTIR DE LAS REFORMAS EN LA ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL Y LA PLANTA DE PERSONAL.....	81
2.6.1. Antecedentes	81

	Pág.
2.7. RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD.....	88
2.7.1. Caracterización	88
2.7.2. Campos de aplicación	88
2.7.3. Definición de la política	89
2.7.4. Estrategias	89
2.7.5. Cursos de acción	90
2.7.5.1. Identificación	90
2.7.6. Etapas de desarrollo	93
2.7.7. Investigaciones básicas	94
2.7.7.1. Modelo de auditoría de recursos humanos para la salud	94
2.7.8. Organización	95
2.7.9. Oportunidades que propician el cambio	96
2.7.10. Incentivos para la permanencia del personal capacitado en el Sub-Sector	96
2.8. LA DESCENTRALIZACION DEL SECTOR SALUD	112
2.8.1. Descentralización política	112
2.8.2. Descentralización administrativa	113
2.8.3. Descentralización fiscal	113
2.8.4. Estado actual del proceso	114
2.9. LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD Y LA CALIDAD EN EL SERVICIO DE SALUD Y LA EFICIENCIA EN LA GESTION HOSPITALARIA	118
2.9.1. El Desarrollo institucional de la Superintendencia Nacional de Salud	118

	Pág.
2.9.2. La misión de la Superintendencia Delegada para el control de servicios de salud y el marco constitucional y legal	119
2.9.3. Objetivos generales y específicos a desarrollar por la Superintendencia Delegada para el control de servicios de salud a partir de Enero de 1992	120
2.9.4. Adecuación de la estructura organizativa a las funciones prioritarias determinadas por la misión y los objetivos	123
2.10. HACIA UN NUEVO SISTEMA DE SALUD. TENDENCIAS Y PERSPECTIVAS	126
2.10.1. Un Nuevo Sistema de Salud. El Reto del Siglo XXI	126
2.10.1.1. El Gasto en Salud como indicador	127
2.10.1.2. Problemas y respuestas	131
2.10.2. Características del Nuevo Sistema de Salud	134
2.10.2.1. Descentralización y Municipalización	134
2.10.2.2. El Sistema de Afiliación Universal: El Seguro de Salud	134
2.10.2.2.1. La factibilidad económica	134
2.10.2.2.2. Los recursos del seguro	136
2.10.2.2.3. La dirección del Seguro de Salud y el Fondo de Solidaridad	138
2.10.2.2.4. La organización del Seguro de Salud o Sistema de Afiliación Universal	140
2.10.2.2.5. Las prestaciones del Seguro de Salud	140
2.10.2.3. Las agencias del Seguro de Salud	142
2.10.2.4. Los proveedores de los Servicios de Salud	143

	Pág.
2.10.2.4.1. Libertad de elección y asignación territorial	144
2.10.2.4.2. Libertad de elección y redes de servicios	145
2.10.2.4.3. Sistemas de contratación y formas de pago	145
2.10.2.5. La calidad de los servicios	146
2.10.3. Eficiencia y rentabilidad social	146
2.10.4. Apertura de la salud	147
2.11. PROPUESTAS PARA EL NUEVO MODELO	148
2.11.1. Seguro de Salud Nacional (SESANA)	148
2.11.2. Propuesta de reforma al Sistema de Salud en Colombia	158
2.11.3. Propuesta para la prestación de Servicios Personales de Salud dentro de la Seguridad Social	166
2.11.3.1. Introducción	166
2.11.3.1.1. Hacia un sistema de seguridad social	166
2.11.3.1.2. La atención personal de salud como elemento básico de la Seguridad Social	167
2.11.3.2. La propuesta	167
2.11.3.2.1. Los principios de la Seguridad Social aplicados a la prestación de servicios personales de salud	167
2.11.3.2.1.1. La solidaridad	167
2.11.3.2.1.2. La universalidad	168
2.11.3.2.1.3. La eficiencia	168

	Pág.
2.11.3.2.2. Estructura y funciones de un seguro universal para servicios personales de salud	168
2.11.3.2.2.1. Estructura	168
2.11.3.2.2.2. Funciones del Fondo Unico	169
2.11.3.2.2.3. Funciones de las organizaciones prestadoras de servicios personales de salud	169
2.11.3.2.2.4. Funciones de los hospitales	170
2.11.3.2.3. Operación del Seguro Unico	170
2.11.3.3. Costos de la propuesta	170
2.11.3.4. Ventajas de la propuesta	171
2.11.4. Informe	171
2.12. MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN COLOMBIA. PROGRAMAS DEL SECTOR SALUD DIRIGIDOS A MEJORAR LA SITUACION DE LA MUJER	178
2.12.1. Cobertura y calidad de atención	179
2.12.2. Fortalecimiento del status de la mujer	180
2.12.3. Readecuación de la cultura de salud	180
2.13. SERVICIOS DE MANTENIMIENTO. CARACTERIZACION DEL SISTEMA DE MANTENIMIENTO ACTUAL	182
2.13.1. Fondo Nacional Hospitalario (FNH)	182
2.13.2. Direcciones Seccionales de Salud y Hospitales del Sub-Sector Público	185
2.13.3. Instituto de los Seguros Sociales (ISS)	186
2.13.4. Sector privado	187

Pág.

2.14.	ANALISIS INSTITUCIONAL DEL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO DEL FONDO NACIONAL HOSPITALARIO	191
2.14.1.	Estructura organizativa	191
2.14.2.	Recursos disponibles	192
2.15.	CONCLUSIONES: PROBLEMAS Y PERSPECTIVAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD	196

I N D I C E D E C U A D R O S

	Pág.
CUADRO No. 2.1	
Indicadores 1980 - 89	14
CUADRO No. 2.2	
Colombia: Dinámica de Población 1951 - 1990	18
CUADRO No. 2.3	
Estructura Económica Colombiana 1985 - 1991	20
CUADRO No. 2.4	
Series Estadísticas sobre Empleo Colombia 1976 - 1989	23
CUADRO No. 2.5	
Evaluación del indicador de necesidades básicas insatisfechas en la población por secciones político-administrativas. Colombia 1973 - 1985	26
CUADRO No. 2.6	
Tasas de escolarización de la población rural en Colombia	30
CUADRO No. 2.7	
Población y tasas de escolarización por edad simple en educación básica primaria 1985 y 1990	31

	Pág.
CUADRO No. 2.8	
Educación Básica Primaria. Tasa de deserción, aprobación y repitencia por curso según área 1981, 1984, 1987	32
CUADRO No. 2.9	
Educación Secundaria. Tasa de escolarización 1990	33
CUADRO No. 2.10	
Educación Superior. Población escolar y tasas de escolaridad. Pregrado	34
CUADRO No. 2.11	
Indicadores de la Balanza de Pagos Colombia 1990 - 1994	39
CUADRO No. 2.12	
Comercio Exterior Colombia. 1990 - 1994	41
CUADRO No. 2.13	
Evolución y proyección de la mortalidad infantil y esperanza de vida al nacer. Colombia 1950 - 2000	50
CUADRO No. 2.14	
Contribución de la mortalidad neonatal y postneonatal a la tasa de mortalidad infantil. Colombia 1973 - 1984	52

CUADRO No. 2.15

Principales factores condicionantes del estado de salud de la población y grupos de alto riesgo. Colombia 1986	56
--	----

CUADRO No. 2.16

Población asignada por subsectores. Colombia 1982 - 1990	57
--	----

CUADRO No. 2.17

Instituciones de salud por nivel de complejidad y subsector. Colombia 1990	58
--	----

CUADRO No. 2.18

Infraestructura del Sub-Sector Público de Salud por nivel de complejidad. Colombia 1982 - 1990	59
--	----

CUADRO No. 2.19

Instituciones públicas de atención hospitalaria y ambulatoria 1973 y 1990	60
---	----

CUADRO No. 2.20

Organismos de salud de atención exclusivamente ambulatoria. Colombia 1976 - 1987	61
--	----

CUADRO No. 2.21

Número de camas hospitalarias según sub-sectores y participación en el total. Colombia 1980 - 1990	62
--	----

Pág.

CUADRO No. 2.22

Personal vinculado al sector salud. Colombia 1985 - 1987	63
---	----

CUADRO No. 2.23

Distribución del personal vinculado al sub-sector público de salud. Colombia 1987	64
---	----

CUADRO No. 2.24

Egresos hospitalarios por sub-sectores. Colombia 1980 - 1989	65
---	----

CUADRO No. 2.25

Utilización de camas hospitalarias según especialidad. Sub-sector público. Colombia 1987 - 1989	66
---	----

CUADRO No. 2.26

Sub-sector público de salud. Financiación del gasto	76
--	----

CUADRO No. 2.27

Proyecciones del nuevo situado fiscal. Sub-sector Público de Salud. Colombia 1985 - 1994	79
--	----

CUADRO No. 2.28

Recurso humano vinculado a las Direcciones Seccionales de Salud. Atención a las Personas	97
---	----

CUADRO No. 2.29

Recurso humano vinculado a las Direcciones Seccionales de Salud. Ambiente y Administración	99
--	----

CUADRO No. 2.30

Número de instituciones que dictan programas de salud por nivel académico y naturaleza jurídica. Colombia 1991	104
--	-----

CUADRO No. 2.31

Programas de formación de recursos humanos en pre-grado. Area de la salud. Modalidad universitaria. Colombia 1991	105
---	-----

CUADRO No. 2.32

Programas de formación de recursos humanos en pre-grado. Area de la salud. Modalidad Tecnológica. Colombia 1991	106
---	-----

CUADRO No. 2.33

Programas de formación de recursos humanos en pre-grado. Area de la salud. Modalidad Técnica Profesional. Colombia 1991	107
---	-----

CUADRO No. 2.34

Programas de formación de recursos humanos en pre-grado. Cursos de capacitación. Colombia 1991	108
--	-----

Pág.

CUADRO No. 2.35

Programas de post-grado en el área de
la salud por tipo de programa, número
y naturaleza jurídica de la institución 109

CUADRO No. 2.36

Proceso de Descentralización.
Evaluación cuantitativa 117

CUADRO No. 2.37

Análisis Financiero 172

I N D I C E D E F I G U R A S

	Pág.
FIGURA 2.1	
Gastos en Salud (%). Colombia 1989 - 1990	128
FIGURA 2.2	
Gastos en Salud (%). Canadá 1988. Estados Unidos 1989	129
FIGURA 2.3	
Colombia. Sistemas de Financiación	137
FIGURA 2.4	
Sistema de Afiliación Universal. Financiación del Seguro de Salud Nacional	139

I. RESUMEN DEL PROYECTO

1. RESUMEN DEL PROYECTO

1.1. ANTECEDENTES

En el país, el Sub-Sector Público de la Salud tiene bajo su responsabilidad prestar servicios curativos y de rehabilitación a cerca del 70% de la población, cuyos recursos económicos y situación laboral no les permite acceder a la seguridad social y menos a los servicios ofrecidos por la medicina privada, cuyos costos se encuentran fuera del alcance de la mayor parte de las personas aún de aquellas ubicadas en estratos socio-económicos medios. Si analizamos las acciones de salud preventivas este porcentaje se incrementa, ya que la responsabilidad se encuentra casi toda en manos del Sub-Sector Público y de manera marginal han sido asumidas por la Seguridad Social. En aspectos de promoción de la salud, campo que cubre a toda la población y cuya responsabilidad, por mandato constitucional corresponde al Estado, la situación es más crítica debido a que es un campo nuevo, no sólo en Colombia sino en la mayor parte del mundo, en el cual las acciones trascienden la responsabilidad del Ministerio de Salud para convertirse en multidisciplinarias e intersectoriales.

Por las razones anteriores, el Ministerio de Salud consciente de su responsabilidad de coordinar todas las acciones del sector y de prestar directamente los servicios a las personas cuyos recursos económicos no les permite acudir a otra modalidad de servicio, por medio de este proyecto pretende introducir ajustes estructurales al sector que modernicen su gestión e incrementen su eficiencia de tal manera que pueda incrementar la cobertura y optimizar la calidad de los servicios para las personas de escasos recursos que en mucho sobrepasan el 50% del total de la población del país.

Las deficiencias en el proceso de gestión de las instituciones de salud se han detectado y diagnosticado en múltiples ocasiones, abocando su solución de manera fragmentaria y parcial.

A partir del proceso de descentralización administrativa y como política del actual gobierno, en el plan de desarrollo económico y social para el cuatrenio 90-94, se plantea la necesidad de mejorar la eficiencia del sector a partir del mejoramiento de la gestión de las instituciones.

La aprobación de la Ley 10 y de las normas reglamentarias respectivas, da las bases jurídico legales para iniciar el Proceso de Descentralización de la Salud y abre el camino para que se inicie un programa que conduzca a la modernización y optimización de la gestión de todas las instituciones de salud del subsector público y en el cual se piensan incluir las instituciones de la seguridad social que lo deseen.

La primera etapa del programa se inició en 1990 cuando el Ministerio concibió la idea de iniciar un Proyecto de "Gerencia Hospitalaria", el cual inició actividades en Mayo de 1991 con financiación del Banco Mundial, en 40 hospitales de segundo y tercer nivel de cinco regiones geográficas del país y en 14 clínicas del Instituto de Seguros Sociales, por convenio firmado entre el Ministerio de Salud y la Dirección del ISS.

En la actualidad ha concluido la etapa diagnóstica de las instituciones y ha entrado en la de solución de los problemas detectados por medio de asesoría técnica de expertos de las Universidades del país que cuentan con programas de Administración hospitalaria o de Salud. El proyecto concluye en Mayo de 1992 y continuará con el de "Mejoramiento de los Servicios de Salud en Colombia", cuya financiación se está solicitando al Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

Es necesario anotar que desde comienzos de 1989, el Ministerio de Salud de Colombia y el Fondo Nacional Hospitalario -FNH- (establecimiento público de orden nacional, adscrito al Ministerio), han venido adelantando conversaciones con el Banco Interamericano de Desarrollo -BID- para la financiación de la creación y puesta en marcha de una red de mantenimiento de equipo médico-hospitalario en el país. A mediados de 1990, la Representación del BID en Colombia y el nivel técnico del Banco en Washington, ante la solicitud del Gobierno Colombiano aprobaron la inclusión de un proyecto de esta naturaleza en su programa operativo y definieron un cupo aproximado de US\$ 60 millones para tal fin.

En este sentido se realizaron, por parte del BID, dos misiones de identificación durante las cuales se elaboraron recomendaciones para la elaboración y desarrollo del proyecto de "la Red Nacional de Mantenimiento". La recomendación mas importante hacía referencia a la necesidad de enmarcar dicho proyecto dentro de un proyecto macro de mejoramiento de la gestión de las instituciones de salud, lo cual se concretó durante la visita del Sr. Ministro de Salud a Washington en el segundo semestre de 1991, durante la reunión del Concejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud -OPS/OMS-, en la cual se le planteó a las Directivas del Banco la reorientación del proyecto, buscando cumplir las recomendaciones dadas y adaptarlo a las necesidades del país y específicamente a los requerimientos del nuevo sistema de salud y al proceso de descentralización político administrativa que se vive en la actualidad.

De acuerdo con estos lineamientos se presenta el proyecto "Mejoramiento de los Servicios de Salud en Colombia", que refleja el cambio de orientación y concepción dadas al proyecto inicial presentado al BID y en cuya modificación estuvieron de acuerdo las partes interesadas y el Departamento Nacional de Planeación.

1.2. PRESTATARIO Y EJECUTOR

El prestatario será la República de Colombia, quien además será la responsable de aportar la Contrapartida Nacional de acuerdo con el cronograma de desembolsos establecido en el proyecto y que aprueben las partes.

La unidad ejecutora será el Ministerio de Salud, teniendo como responsable institucional a la Dirección General Administrativa, de la cual dependerá la Dirección General del Proyecto, constituidas especialmente para este fin.

El proyecto es considerado por el Ministerio de Salud como de vital importancia para lograr el ajuste estructural del sector, de acuerdo con el proceso de descentralización y de apertura que vive el país y con la reforma del Sistema de Salud consagrada en la Nueva Constitución Política, en la Ley 10 de 1990 y en las normas reglamentarias de la misma.

1.3. SINTESIS DEL PROYECTO

Entre los diferentes aspectos que explican la persistencia de enormes diferencias regionales y sociales en la calidad y cobertura de los servicios de salud en el país, el área administrativa se constituye sin duda en el factor más crítico en términos de sus repercusiones sobre la cobertura, la calidad de los servicios y los altos costos de operación.

El exceso de centralismo, la incapacidad ejecutora del Ministerio y la falta de compromiso de los municipios y departamentos con los problemas de la salud, son las causas de la crisis. En tanto las limitaciones institucionales son mayores para las entidades públicas que para las privadas y de seguridad social, la organización institucional ha contribuido a ahondar la inequidad en el acceso de los colombianos a los servicios de salud.

La planificación sectorial es muy deficiente tanto en el Ministerio como en las Direcciones Seccionales. La debilidad de la planeación se origina en la inexistencia de sistemas de información administrativo, financiero y de servicios suficientemente desarrollados, que permitan hacer un buen seguimiento y evaluación de las acciones que lleva a cabo el sector.

Para contribuir a la solución de los problemas planteados se ha estructurado el proyecto "Mejoramiento de los Servicios de Salud en Colombia" que busca el ajuste estructural del sector y tiene dos componentes: el primero, denominado Mejoramiento de la Gestión Hospitalaria y de las Instituciones de Salud, abarca metodológicamente el manejo técnico, administrativo y gerencial en quince áreas funcionales, sobre las cuales se desarrollarán los siguientes subcomponentes:

1. Diseño participativo y puesta en marcha de sistemas y procedimientos de gestión para cada una de las áreas funcionales en 30 Centros de Adiestramiento distribuidos en todo el país.
2. Producción de material de entrenamiento técnico y de procedimientos que incluye la preparación de todo tipo de ayudas educacionales que permitan entrenar, orientar e instrumentar en el resto de hospitales del país el montaje y puesta en marcha de los modelos diseñados.
3. Adiestramiento y reproducción de modelos de sistemas y procedimientos. Este subcomponente se refiere a las actividades de adiestramiento y reproducción de los modelos correspondientes a todas las áreas funcionales en las instituciones diferentes a los Centros de Adiestramiento y que comprende: 33 Direcciones Seccionales de Salud, 156 Hospitales de 2o. y 3er. Nivel de Atención, Nivel Central del Ministerio de Salud y el Fondo Nacional Hospitalario.

4. Automatización de los sistemas y procedimientos desarrollados mediante la dotación del hardware que permita el funcionamiento del software desarrollado para modernizar y optimizar la gestión.
5. El área funcional de mantenimiento, debido a lo incipiente de su desarrollo en todo el país y a la importancia y repercusión que tiene en la prestación de los servicios de salud, será reforzada y tomada como un subcomponente aparte con el fin de poder crear y poner en marcha la red nacional de mantenimiento hospitalario a través de tres actividades: capacitación del personal técnico, inventario de equipos hospitalarios y estado de funcionamiento y centro de documentación sobre aspectos técnicos de equipos y mantenimiento de los mismos.

El segundo componente del proyecto, denominado Preinversión tiene a su vez dos subcomponentes:

1. Elaboración de un catastro físico y funcional mediante la creación de un sistema de información sobre la planta física y el equipo fijo de los hospitales de 2o. y 3er. nivel de atención, con planos digitalizados por computador en una central de datos del FNH; en cada una de las Direcciones Departamentales de Salud y en los hospitales, con mecanismos que permitan y garanticen su actualización permanente.
2. Estudios técnicos para 12 redes de servicios de salud y sus hospitales que se enmarcan dentro de la política sectorial de atención a zonas urbanas marginales y zonas rurales, con necesidades detectadas a través de fichas técnicas. Dentro de este subcomponente se realizará el análisis para adelantar los estudios de pre-factibilidad y factibilidad hasta llegar a los diseños finales para la rehabilitación de estas redes de servicio.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. Objetivos Generales

- Desarrollar la gerencia, administración y gestión de los hospitales de 2o. y 3er. nivel de atención, de las Direcciones Departamentales de Salud, del Ministerio de Salud y del Fondo Nacional Hospitalario para aumentar su eficiencia en el manejo y uso de los recursos, con el propósito final de aumentar la cobertura y mejorar la calidad de los servicios de salud, principalmente aquellas dirigidas al grupo de población de escasos recursos económicos que sobrepasa el 50% de la población total del país.
- Apoyar el proceso de descentralización de la salud, en el diseño estructural de la organización del Sistema Departamental de Salud, en particular de la red de prestación de servicios, y a la investigación y desarrollo tecnológico de los sistemas técnicos de soporte a las decisiones y a la gestión, tales como: participación de la comunidad, información, planeación, presupuestación e inversiones, contabilidad de costos y tarifas, personal, sistemas de referencia y contrarreferencia y desarrollo tecnológico, entre otros.
- Realizar, como componente de preinversión, los estudios técnicos de 12 redes de servicios de salud que se encuentran ubicadas dentro de la política sectorial de atención a zonas urbanas y rurales marginales con el fin de lograr la rehabilitación de la infraestructura física y así mejorar la cobertura y la calidad de los servicios prestados a la comunidad más desfavorecida desde el punto de vista económico y social.

1.4.2. Objetivos Específicos

- Desarrollar sistemas y procedimientos gerenciales, administrativos y de gestión hospitalaria en las diferentes áreas funcionales de treinta (30) Centros de Adiestramiento de 2o., 3er. nivel de atención y Direcciones Departamentales de Salud, utilizando una metodología participativa conducente a optimizar la utilización de los recursos y prestar servicios con criterio de calidad total y replicar dichos diseños al resto de instituciones del país.
- Capacitar y adiestrar al personal directivo y operativo necesario para poner en funcionamiento los sistemas y procedimientos desarrollados para cada una de las áreas funcionales y simultáneamente garantizar la continuidad de su aplicación.

- Implantar los sistemas y procedimientos desarrollados en los 156 hospitales de 2o. y 3er. nivel de atención del subsector público, 33 Direcciones Departamentales de Salud, Ministerio de Salud y Fondo Nacional Hospitalario, a partir del personal capacitado por el proyecto en los 30 Centros de Adiestramiento distribuidos en todo el país, con la asesoría de consultores expertos en las diferentes áreas funcionales.
- Elaborar los manuales técnicos necesarios sobre los sistemas y procedimientos desarrollados en las diferentes áreas funcionales, con el fin de documentar todo el proceso sirvan como base al desarrollo de manuales de normas y procedimientos (una vez se realice el ajuste con los respectivos regímenes).
- Desarrollar y aplicar el concepto de calidad total en los diferentes servicios prestados por las entidades hospitalarias en los diferentes niveles de atención.
- Desarrollar e implantar el régimen de Referencia y Contrarreferencia como herramienta indispensable para lograr la utilización racional de los recursos y la articulación de los diferentes niveles de atención.
- Asesorar y colaborar en el desarrollo e implantación de los sistemas y procedimientos administrativos y de gestión correspondientes a las Direcciones Departamentales de Salud, diferentes dependencias del Ministerio y Fondo Nacional Hospitalario teniendo en cuenta los principios y normas consagrados en la Nueva Constitución del país, en la Ley 10 de 1990 y su legislación reglamentaria y en el plan de acción para el sector 1990 - 1994.
- Crear y poner en funcionamiento la Red Nacional de Mantenimiento para equipo médico hospitalario como medida prioritaria para lograr el óptimo funcionamiento de éste lo cual debe conducir a la ampliación de la cobertura, un mejor cumplimiento en la prestación de los servicios y una mejor calidad de los mismos.
- Desarrollar un sistema nacional de información sobre el equipamiento médico-hospitalario que permita planear las decisiones sobre reparación y reemplazo de equipo.
- Desarrollar un sistema de información sobre el estado de la planta física, redes de instalaciones de los hospitales del subsector público que permita disponer de la información básica para planificar la inversión en infraestructura.
- Adelantar los estudios de oferta y demanda de 12 redes de prestación de servicios ubicadas en zonas urbanas y rurales marginadas, cuya infraestructura se haya en condiciones críticas.

- Incentivar la participación en algunas de las actividades del proyecto de las instituciones del subsector de la seguridad social y del subsector privado con el fin de lograr la articulación de todas las instituciones del sector a través del proceso de la modernización de la gestión.

- Dar apoyo técnico al proyecto del "Centro Nacional Hospitalario" que con financiación internacional está adelantando el Fondo Nacional Hospitalario.

1.5. METAS

Al concluir el Proyecto se espera haber culminado el proceso de ajuste estructural del sector que pretende modernizar y optimizar la gestión en 156 hospitales de 2o y 3er. nivel de atención del país (100%), 33 Direcciones Departamentales de Salud, (100%) Ministerio de Salud y Fondo Nacional Hospitalario, además de apoyar el proceso de descentralización de la salud y el desarrollo de los Sistemas de Locales de Salud e Instituciones del 1er. nivel de atención, instituciones responsables de prestar servicios de salud a la población más desfavorecida del país.

La modernización y optimización de la gerencia, la administración y la gestión se logrará mediante el desarrollo e implantación de sistemas y procedimientos automatizados para 15 áreas funcionales que incluyen todas las actividades administrativas y técnicas de las instituciones de salud del subsector.

Este proceso comprende en primer lugar una metodología participativa de diseño, puesta a prueba, ajuste y puesta en marcha de sistemas, procedimientos y su automatización en 30 instituciones de 2o. y 3er. nivel de atención y Direcciones Departamentales de Salud que funcionarán como Centros de Adiestramiento y se encuentran ubicadas en 10 núcleos en los cuales se dividió el país, teniendo en cuenta aspectos geográficos, culturales y de accesibilidad.

Posteriormente se llevará a cabo la replicación, previa adecuación a las situaciones particulares de cada institución, de los sistemas y procedimientos diseñados, con las demás entidades involucradas en el proyecto.

En el área funcional de mantenimiento, la cual se reforzará dándole tratamiento de subcomponente, se espera obtener como resultado la creación y puesta en marcha de la Red Nacional de Mantenimiento Hospitalario a través del desarrollo de tres actividades básicas: capacitación del personal profesional y técnico del área de mantenimiento de los hospitales del 2o. y 3er. nivel de atención y Fondo Nacional Hospitalario; organización y puesta en marcha de un sistema de información acerca del equipo médico-hospitalario y su estado de funcionamiento y funcionamiento de un centro de documentación e información especializado en aspectos administrativos y de gestión en salud con un componente de mantenimiento que permita la disseminación continua de información técnica que mantenga actualizados a los funcionarios.

Con el componente de preinversión se espera en primer lugar actualizar la información sobre infraestructura hospitalaria del país por medio de la organización del sistema de información sobre catastro físico, lo cual permitirá detectar las necesidades prioritarias del país en lo relacionado con infraestructura física y racionalizar la utilización de los recursos en este aspecto.

En lo referente al segundo subcomponente, relacionado con el estudio de 12 redes de prestación de servicios, ubicadas en regiones marginadas del país, se espera precisar la información acerca de las necesidades reales con el fin de proceder en el plazo mas breve a tomar acciones que permitan la recuperación de la infraestructura física y una mejor planificación de los servicios con el fin de aumentar la cobertura y mejorar la calidad de los mismos.

Como resultado directo del proceso que se pondrá en marcha, se espera al finalizar el proyecto haber aumentado no sólo la cobertura de los servicios, dentro del grupo de población mayoritario que por su situación socio-económica comprende al Sub-Sector, sino también lograr desarrollar mecanismos de coordinación que optimicen la cobertura y la calidad de los servicios para aquellas personas cubiertas por los otros sub-sectores.

Así mismo, como consecuencia directa del proyecto se espera perfeccionar e incentivar las acciones en los campos de la promoción y prevención como condición fundamental para lograr la meta propuesta por la Organización Mundial de la Salud de "SALUD PARA TODOS".

Con el fin de garantizar la continuidad del proceso, una vez concluya el proyecto, se impulsará el fortalecimiento en primer lugar del Ministerio de Salud, Fondo Nacional Hospitalario y Direcciones Departamentales de Salud y en segundo lugar se participará activamente en el desarrollo del Centro Nacional de Gestión Hospitalaria que como iniciativa de la Dirección Nacional de Planeación, ha iniciado labores con el apoyo de la empresa privada y con participación de instituciones hospitalarias de los subsectores privado y público.

1.6. COSTO TOTAL DEL PROYECTO

La ejecución del proyecto tiene un costo de US\$ 77.963.000, de los cuales US\$ 25.522.000 serán la Contrapartida Nacional y corresponden a un 33% del valor total. Se le solicita al Banco Interamericano de Desarrollo -BID- la financiación de US\$52.441.000 (Cuadro 1.1.).

1.7. EJECUCION DEL PROYECTO

De acuerdo con el cronograma de actividades propuesto, la ejecución del proyecto se realizará en 51 meses, incluyendo la fase de evaluación final del mismo.

En la actualidad, además de los ajustes que se están realizando para complementar el documento, de acuerdo con las recomendaciones dadas por las misiones del Banco, se está llevando a cabo una fase pre-proyecto durante la cual se realizan actividades conducentes a asegurar el cumplimiento de los objetivos previstos, una vez éste se ponga en marcha.

1.8. REQUERIMIENTOS DE COOPERACION TECNICA

Para la preparación y perfeccionamiento del proyecto se ha requerido la participación de un equipo de consultores en las áreas de Gerencia en Salud, Administración Hospitalaria, Economía y Mantenimiento Hospitalario, los cuales han sido contratados con recursos de OPS/OMS, convenio BID-OPS y del propio Ministerio de Salud.

Además, durante la fase pre-proyecto, ya iniciada, se requieren fondos destinados a realizar las actividades previstas en el respectivo cronograma, algunas de las cuales ya se encuentran financiadas.

Los recursos para financiar las actividades restantes se tramitarán ante la Representación del BID en Colombia, con la Organización Panamericana de la Salud y con fondos del Programa de Gerencia Hospitalaria, considerada la primera etapa del proyecto y que se encuentra próxima a concluir.

2. SITUACION SOCIO-ECONOMICA GENERAL Y DE SALUD

CUADRO No. 2.1

PROYECTO MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD 1992 - 1996

INDICADORES 1980 - 89
(Promedio 1980-81 contra promedio 1988-89)

	1980-81	1988-89
I. MACROECONOMICOS		
1. Crecimiento anual del P.I.B. (en por ciento)		3.4
2. Crecimiento del P.I.B. per cápita (en por ciento)		1.5
3. Crecimiento anual del I.P.C. (en por ciento)		22.4
4. Tipo de cambio real (índices)	100	137
5. Saldo en cuenta corriente	800	380
6. Déficit fiscal / P.I.B. (en por ciento)	(1.6)	(2.7)
7. Gasto público / P.I.B. (en por ciento)	23.5	22.8
8. Gasto social / P.I.B. (en por ciento)	8.1	7.6
II. POBLACION		
9. Crecimiento anual de la población total (en por ciento)		1.9
10. Crecimiento anual de la población urbana (en por ciento)		2.9
11. Crecimiento anual de la población urbana (en por ciento)		0
12. Crecimiento anual de la P.E.A. total (en por ciento)		3.4
13. Crecimiento anual de la P.E.A. urbana (en por ciento)		3.7
14. Crecimiento anual de la P.E.A. rural (en por ciento)		2.6

	1980-81	1988-89
III. EMPLEO Y SALARIOS		
15. Crecimiento anual del empleo total (en por ciento)	.....	3.2
16. Crecimiento anual del empleo urbano (en por ciento)	.....	3.5
17. Crecimiento anual del empleo rural (en por ciento)	.....	2.6
18. Tasa de desempleo abierto urbano (en por ciento)	9.0	10.0

	1982	1988
19. Empleo informal / Empleo urbano (en por ciento)	52.0	56.5
20. Crecimiento anual del salario mínimo urbano (en por ciento)	.....	1.4
21. Crecimiento anual de salario mínimo rural (en por ciento)	.....	2.2
22. Crecimiento anual del salario industrial (obreros) (en por ciento)	.....	1.9
23. Crecimiento anual del salario industrial (obreros y empleados más prestaciones) (en por ciento)	.....	3.0
IV. POBREZA		
24. Pobreza urbana (% de la población urbana (total))	44.0	38.0

	1978	1988
25. Pobreza rural:		
- % de hogares	80.0	62.0
- % población rural total	85.0	68.0

Fuente: Estimaciones PREALC sobre la base de estadísticas oficiales de DANE y DNP

2. SITUACION SOCIO-ECONOMICA GENERAL Y DE SALUD

2.1. SITUACION DEMOGRAFICA

La rápida transición demográfica ocurrida en los años 70s, unida a la acelerada migración urbano-rural, al aumento del nivel educativo de la población y de los ingresos familiares, condujeron, hacia mediados del presente siglo a una modificación sustancial de la estructura etárea del país. En efecto, la población colombiana se triplicó entre 1951 y comienzos de la década de los 70, pero a partir de entonces, el ritmo de crecimiento poblacional (RCP) disminuyó de 3.2% en 1964, a 2.1% en 1985, tendencia que al parecer continuará, esperándose para el año 2000, un RCP cercano al 1.1%, según estimaciones del Departamento Nacional de Planeación (DNP). (Cuadros 2.1 y 2.2).

La disminución del crecimiento poblacional se ha debido al acelerado descenso en la fecundidad durante los últimos 20 años y a la disminución registrada en la mortalidad general.

2.1.1. Estructura y dinámica de población

La fecundidad en Colombia permaneció prácticamente estable y en niveles altos desde principios de siglo hasta la mitad de la década del sesenta, cuando comenzó a declinar rápidamente. De 7.3 hijos por mujer en 1960- 61, la tasa total de fecundidad (TTF) descendió a 3.0 hijos en 1985, y se estima que para el año 2.000 esta tasa sea de 2.4 hijos por mujer.

A su vez, el descenso en la fecundidad produjo cambios sustanciales en la estructura por grupos de edad de la población. La pirámide poblacional de base ancha, se redujo, dado que la participación de los niños de 0 a 4 años disminuyó entre 1964-1985. Igual comportamiento se observó en el grupo de 5 a 14 años, el cual pasó de 28.4% a 24% en el mismo período. La tendencia señala que el grupo de 15 a 64, años representará el 71% de la población en el próximo siglo, mientras que el grupo de mayores de 64 años, representará el 4.1%.

Estos grupos de edad, con excepción del grupo de 15-44 años, experimentaron descensos en la mortalidad. El descenso fue especialmente acelerado en los menores de un año, hecho que contribuyó a la disminución de la mortalidad general (MG) y al aumento de la esperanza de vida.

La mortalidad infantil es debida principalmente a problemas perinatales e infecciosos, y a accidentes por efecto de la hostilidad del medio ambiente físico; finalmente, por la deficiente atención durante el período de gestación, parto y puerperio.

A partir de los 5 años, la mortalidad aumenta, debido principalmente al trauma y la violencia. En la tercera edad, las principales causas de defunción son el cáncer y las enfermedades cardiovasculares relacionadas con factores de riesgo, dados por el estilo de vida de los individuos (dieta inapropiada, consumo de cigarrillos y bebidas alcohólicas, sedentarismo, etc.)

2.1.2. Esperanza de vida

La esperanza de vida al nacer aumentó sustancialmente durante el presente siglo; hoy se espera que una persona al nacer, viva en promedio 65 años, cuando en 1910 la esperanza de vida era de 31 años. Este aumento se acentuó más a partir de 1940, debido al proceso de urbanización, a la reducción de los índices de analfabetismo y al mismo desarrollo del país, lo que efectivamente ha incidido en el descenso de la mortalidad infantil.

En Colombia, el indicador años de vida potencial perdidos (AVPP) es uno de los más altos en América Latina: 7.380 por 100.000 habitantes. Este indicador se explica en parte, por problemas de trauma y violencia y por enfermedades crónicas no infecciosas. No obstante, este indicador es dos veces mayor en los hombres que en las mujeres. En las mujeres el mayor peso está representado por cáncer y por problemas asociados con el embarazo y parto.

2.1.3. Migración

Colombia experimentó en los últimos 50 años un rápido proceso de urbanización. De un país básicamente rural en 1938, con el 70% de la población en esta área, paso a ser un país altamente urbanizado en 1985, con 67.2% de la población urbana. Debido a causas de naturaleza social, económica, política y de inseguridad, se han presentado estos movimientos migratorios de población hacia las grandes ciudades y áreas de colonización. Estas últimas han jugado un papel importante en el desarrollo nacional, pues han permitido la ampliación de la frontera agrícola y han atraído y asentado a grupos de población expulsada del campo. (Cuadro 2.1.)

Las áreas de colonización en Colombia están ubicadas especialmente en la región selvática del Amazonas, en los Llanos Orientales, en los valles de los ríos Magdalena y Cauca y en la Sierra Nevada de Santa Marta.

CUADRO No. 2.2

PROYECTO MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD 1992 - 1996

COLOMBIA: DINAMICA DE POBLACION 1951 - 1990

	1951 a	1964 a	1973 a	1985 a	1990 b
Población Total	11.228.509	17.484.508	22.915.229	30.062.200	32.978.173
Tasa de Crecimiento	33.6	29.2	22.6	19.6	
Porcentaje Urbano	39	52	59	65	68

FUENTE: a DANE, censos de población

b DANE, DNP, CELADE, Colombia: Proyecciones de población 1950 - 2025

2.2. SITUACION MACRO-ECONOMICA Y SOCIAL

Generalidades. América Latina comenzó la década de los ochenta con una crisis sólo comparable con la crisis mundial de los años treinta, como resultado de la acumulación de un complejo de factores negativos, tanto de origen interno como externo.

Las causas más importantes que se señalan como origen de la crisis que sufrió América Latina en la década, tienen relación con la recesión internacional, la deuda externa, el deterioro de las relaciones de intercambio, el incremento del gasto público y el alza de las tasas de interés.

Estos hechos obligaron a los países latinoamericanos a implementar políticas de ajuste, buscando reducir y controlar el déficit presupuestal y la demanda agregada. Según evaluaciones recientemente realizadas por organismos internacionales y entidades nacionales, se ha demostrado que los resultados de estas políticas tuvieron un costo muy elevado para los sectores de menores ingresos.

En el contexto de América Latina, Colombia ha sido el país menos afectado; presenta una de las tasas de endeudamiento más baja y cuenta con la confianza de la banca internacional. No obstante, la última década se caracterizó por un proceso de descapitalización de la industria nacional y un proceso especulativo en el mercado financiero, afectando a otros sectores económicos, especialmente a la industria y a la agricultura.

Frente a esta situación, el Gobierno Nacional se ha propuesto para el cuatrenio 1991-1994, poner en marcha el proceso de apertura económica y luchar contra un proceso inflacionario creciente, que en los últimos años ha sido obstáculo para el desarrollo de la economía nacional.

2.2.1. Indicadores macroeconómicos¹

Las limitaciones del modelo de crecimiento económico colombiano empezaron a evidenciarse desde los años 70. Ellas se manifiestan en la tendencia a la disminución en la tasa de crecimiento de la economía en el largo plazo y en el hecho de que pese a su favorable evolución reciente, las exportaciones no tradicionales alcanzan todavía proporciones excesivamente bajas en la producción nacional.

¹Tomado de: DNP. Políticas para el cambio económico y social, tomo IX, Bogotá, 1990.

En general, puede decirse que durante 1990 (Ver Cuadro No. 2.3) la economía colombiana creció en 3.7% , un ritmo ligeramente mayor al esperado, impulsado por el comportamiento del sector cafetero y por las exportaciones menores que también tuvieron un dinamismo significativo durante el año.

CUADRO No. 2.3

**PROYECTO MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD 1992 - 1996**

**ESTRUCTURA ECONOMICA COLOMBIANA
1985 - 1991**

INDICADORES MACROECONOMICOS	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
PIB en billones de pesos	4.966	6.788	8.824	11.632	15.089	20.747	25.012
Crecimiento real del PIB %	3.1	5.8	5.4	3.7	3.2	3.7	2.5
Inflación %	22.5	20.9	24.0	28.1	26.1	32.4	22.0
Población millones	29.9	30.5	31.1	31.7	32.3	29.5	33.0
Exportaciones fob \$ millones	3.782.0	5.331.0	5.254.0	5.343.0	6.032.0	7.025.0	7.168.2
Importaciones fob \$ millones	3.673.0	3.409.0	3.793.0	4.516.0	4.558.0	5.119.0	5.718.6
Cuenta corriente \$ millones	1.586	463	21	167	143	555	41.4
Reservas incluyendo oro \$ mil	1.470.0	2.780.0	3.160.0	3.342.0	3.501.0	4.146.0	4.788.3
Deuda externa total \$ billones	14.1	15.0	15.7	16.4	16.3	17.6	17.0
T.de cambio prom. pesos/dólar a)	142.3	190.3	242.6	299.2	382.6	492.4	722.0

p. preliminares b. balanza de pagos básica
a) Dic 31 1990 570.62 pesos por US\$

FUENTE: Revista del Banco de la República, mayo de 1990
Memorandos Junta Directa Banco de la República
DNP, Programación Macroeconómica, Bogotá, 21 de enero de 1991

Sin embargo, para 1991 se espera una notoria disminución en la tasa de crecimiento económico, la cual estará probablemente entre 2% y 2.5% como consecuencia de la política de ajuste, diseñada para reducir drásticamente los niveles de inflación.

La tendencia descendente de la tasa de crecimiento de la producción, se ha manifestado tanto para la economía en su conjunto como para la producción industrial. Ello ha obedecido principalmente a la baja productividad.

La producción, en efecto, no depende solo de la cantidad de insumos, capital o mano de obra que se utilizan en los procesos productivos, sino también del grado de eficiencia con que se usan. La contribución de la productividad al crecimiento industrial en Colombia, decreció fuertemente desde la segunda mitad de la década de los 70. De acuerdo con cifras elaboradas por el Departamento Nacional de Planeación, esa contribución era de 1.9% anual entre 1970 y 1975 y se redujo a 0.1% entre 1981 y 1984. Si se hubiera mantenido el crecimiento de la productividad de la primera década de los 70, el crecimiento de la industria en el último período mencionado, que fue del 0.8% anual, podría haber sido del orden de 2.7% anual.

En el período más reciente, la contribución de la productividad al crecimiento industrial, ha manifestado alguna recuperación. Esta contribución, sin embargo, sigue siendo inferior a la que se observaba a comienzos de la década de los 70.

La baja productividad en las dos últimas décadas, está estrechamente vinculada con la permanencia de mecanismos de protección a ultranza de los mercados internos, frente a la competencia externa. Debido a esos mecanismos, las unidades productivas ven reducidos los incentivos para propiciar avances tecnológicos que se traduzcan en mayores niveles de eficiencia, en mejoras de la calidad y en la variedad de los productos. Esta situación no solo afecta directamente el crecimiento de la producción, sino la capacidad de ésta para contribuir al crecimiento de las exportaciones y a la propia satisfacción de la demanda interna a precios razonables.

Las tendencias a la baja que han demostrado las tasas de crecimiento de la productividad y del producto en el largo plazo, se relacionan también con el comportamiento de la inversión privada en Colombia. La inversión total realizada en el país ha mantenido, en los últimos 20 años, una participación relativamente estable en el PIB. Sin embargo, la porción de ésta que es hecha por el sector privado, que suele ser la que lleva incorporados mayores incrementos en la productividad, ha tenido una tendencia a reducirse a largo plazo.

En efecto, medida en pesos constantes de 1975, la inversión privada pasó de representar 12.3% en el PIB en 1970, a 9.8% en 1980 y 7.6% en 1985. Recientemente, se ha logrado una recuperación de esa inversión, hasta niveles cercanos al 9% del PIB, pero ella sigue representando porcentajes inferiores a los vistos a comienzos de la década de los 70.

Por otra parte, la inversión en Colombia no siempre se ha realizado en los sectores de mayor potencialidad de crecimiento, ni en los que mayores posibilidades tienen de convertirse en exportadores. Las distorsiones en los precios relativos en la economía, generadas en buena medida por los múltiples mecanismos de protección de los mercados internos, frente a la competencia externa, han inducido a inversiones en sectores en los que el país posee claras desventajas relativas. Esos sectores suelen caracterizarse, por ser más intensivos en la utilización de capital que en la de trabajo, razón por la cual desaprovechan la amplia disponibilidad de

mano de obra que tiene el país. Esto, lógicamente, va en detrimento de un crecimiento más rápido del empleo y de una distribución más equitativa del ingreso nacional.

Al incrementar en forma artificial la rentabilidad de los sectores, que sustituyen importaciones, los altos niveles de protección de la producción nacional, reducen la rentabilidad relativa de los sectores potencialmente exportadores. En este contexto se genera un sesgo antiexportador que hace que tanto la inversión como la producción, se realice fundamentalmente en sectores dirigidos hacia el mercado doméstico.

El sesgo antiexportador inducido por la protección de los mercados domésticos ha sido parcialmente neutralizado en Colombia mediante la utilización de mecanismos especiales de importación-exportación, estímulos directos a las exportaciones y disponibilidad de crédito en condiciones financieras especiales. Con estos mecanismos y, ante todo, con un manejo activo de la tasa de cambio real, se han logrado en los últimos años grandes éxitos en materia de crecimiento y diversificación de las exportaciones no tradicionales. Según cifras de la balanza de pagos, el valor en dólares de esas exportaciones (que excluyen café, hidrocarburos, carbón y ferróniquel) creció a un ritmo anual promedio de 17.5% entre 1985 y 1989.

Sin embargo, pese a los mecanismos que tienden a neutralizarlo, el sesgo antiexportador, permanece vigente en la estructura económica colombiana. Las bajas tasas de crecimiento de la productividad, los bajos niveles de inversión privada y la inadecuada asignación de los recursos que genera una estructura de protección excesivamente alta para la producción destinada al mercado interno, son elementos que atentan contra el desarrollo exportador y explican que en términos per cápita, las exportaciones "menores" e industriales de Colombia, se encuentren todavía entre las más bajas de América Latina.

Sin embargo, las tendencias negativas de largo plazo en las tasas de crecimiento de la producción, la productividad y la inversión privada, han empezado a revertir en el último lustro, período durante el cual las exportaciones no tradicionales han logrado restablecer su crecimiento. Estos resultados responden a una combinación de políticas que se vienen aplicando desde mediados de la década de los 80 en diversos campos. Dentro de las acciones se destacan las relacionadas con el manejo cambiario y de la política macroeconómica general, el apoyo directo a la inversión, fundamentalmente a través del crédito, la modernización de la infraestructura portuaria y de transporte para el comercio exterior, la política de control de precios, y obviamente, la racionalización de las políticas de comercio exterior, tanto para las exportaciones como para las importaciones.

2.2.2. Niveles de empleo y de progreso. Distribución de la pobreza. (Cuadro 2.1).

En el estudio del PREALC/OIT elaborado entre agosto de 1989 y febrero de 1990², se analiza el ajuste de carácter recesivo y progresivo que realizaron las economías latinoamericanas frente a la crisis de la deuda externa en los años ochenta. En este estudio se definió la deuda social en un doble contexto: por un lado, la deuda social en el corto plazo, caracterizada por ajustes en el mercado del trabajo, cuyos costos fueron absorbidos en gran medida por los trabajadores a través de reducciones en los salarios reales, desempleo y subempleo. Por otro lado, la deuda social de largo plazo, referida a los costos de superar la pobreza acumulada que existía antes del período de la crisis externa.

CUADRO No. 2.4

PROYECTO MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN COLOMBIA MINISTERIO DE SALUD 1992 - 1996

SERIES ESTADISTICAS SOBRE EMPLEO COLOMBIA 1976 - 1989

(en %)

AÑOS	CRECIMIENTO POBLACION OCUPADA	TASA OCUPACION	TASA DESEMPLEO	CRECIMIENTO POBLACION EN EDAD DE TRABAJAR	TASA DE PARTICIPACION GLOBAL	CRECIMIENTO POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA
1976		44.63	10.3		49.76	
1978	6.32	45.72	8.97	4.51	50.22	6.14
1979	8.18	48.03	8.83	2.34	52.68	7.74
1980	5.00	48.92	9.80	3.02	54.24	6.44
1981	1.50	48.17	8.09	3.17	52.41	0.68
1982	2.50	48.26	8.99	2.30	53.03	3.52
1983	3.29	48.42	11.53	2.95	54.74	6.28
1984	3.06	48.77	13.31	2.31	56.26	5.15
1985	2.42	49.01	13.82	1.93	56.88	3.04
1986	3.17	49.23	13.63	2.70	57.00	2.93
1987	6.20	51.28	11.55	1.96	57.98	3.70
1988	3.26	52.07	11.06	1.70	58.55	2.70
1989	2.38	52.02	9.57	1.90	57.91	0.71
CRECIMIENTO POR PERIODOS						
1976-80	6.0	2.3	1.2	3.6	2.2	5.9
1980-84	2.6	0.1	8.0	2.7	0.9	3.5
1984-89	3.5	1.3	6.4	2.0	0.6	2.6
1980-89	3.1	0.7	0.3	2.3	0.7	3.0

FUENTE : DANE, 1990

²FEDESARROLLO, Coyuntura Social No. 2, Mayo 1990, Bogotá, pág. 89.

Este informe concluye que en la década de los ochenta en Colombia, a diferencia del resto de América Latina, "no se generó una deuda social de corto plazo y se pagó una parte de la deuda social de largo plazo"³. Así mismo, enfatiza la importancia que tuvo la política económica aplicada durante la década.

La evolución reciente de las condiciones del mercado de trabajo reflejan el deterioro de la actividad económica. Entre 1980 y 1984 el empleo cayó como consecuencia de bajas tasas de crecimiento económico. En efecto, el número total de ocupados, que venía creciendo un 6% anual promedio en la segunda mitad de los setenta, aumentó apenas en un 2.6% anual entre 1984 y 1989, y a 3.5% entre 1984 y 1989 (3.1% en promedio en la década). (Cuadro 2.4).

El desempleo creció entre 1979 y 1985 del 8.8% al 13.8%, para reducirse luego hasta el 9.57% a finales de 1989, como causa del crecimiento de la población económicamente activa (PEA) y un considerable aumento del empleo informal.

La desaceleración del crecimiento de la PEA, del 5.9% anual promedio en la segunda mitad de la década del setenta, al 3.5% entre 1980 y 1984 y al 2.6% entre 1984 y 1989, se debió a la disminución del ritmo de crecimiento de la población en edad de trabajar (PET) (del 3.6%, al 2.7% y al 2.0% anual, respectivamente), Disminución que a su vez se debió a los cambios demográficos ocurridos en la década del setenta.

La generación de nuevos empleos tan sólo superó el crecimiento absoluto de la población en edad de trabajar en el año de 1987. Esta evolución es preocupante en la medida en que el incremento se presentó en la economía informal, con salarios inferiores al mínimo.

En suma, la tasa de ocupación presentó en diciembre de 1990 su nivel más alto de los últimos años⁴. A pesar de lo anterior, el indicador de desempleo aumentó en el cuarto trimestre, como consecuencia del aumento en la participación laboral. Tanto el aumento en la participación, como en la tasa de ocupación, reflejan una tendencia de largo plazo, si se consideran los indicadores desde 1985.

Distribución de la pobreza. En 1985, el 45.6% de los colombianos se encontraba en condiciones de pobreza, es decir, en situación de carencia en la satisfacción de las necesidades

³Ibid, pág. 30.

⁴El promedio de esta tasa para el mismo año es superior al de años anteriores, y se aplica por la fuerte recuperación del empleo en el cuarto trimestre del año pasado, pues la tendencia de la tasa de ocupación había sido decreciente desde el último trimestre de 1989.

básicas, mientras que el 22.8%, estaba en situación de miseria. La magnitud del fenómeno y las desigualdades con que se manifiesta entre las zonas urbana y rural, en las regiones y en los distintos grupos socioeconómicos, plantea la urgencia de un desarrollo acompañado de crecimiento económico y mejoramiento en las condiciones generales de vida.

El estudio de la Pobreza en Colombia⁵, muestra que entre 1973 y 1985 el porcentaje de población con necesidades básicas insatisfechas (NBI), disminuyó en 35%. Sin embargo, existen grandes diferencias entre las regiones del país. (Ver Cuadro No. 2.5).

De las 32 secciones del país analizadas, 6 presentan un proceso dinámico con el mejoramiento relativo de los niveles de vida de su población. En este primer grupo sobresalen Bogotá y Valle, como centros industriales principales del país y Santander, Quindío, Risaralda y Caldas por su desarrollo agrícola (especialmente zonas cafeteras).

En el segundo grupo, se encuentran regiones con un menor grado de dinamismo, incluyendo áreas industriales importantes como Antioquia y Atlántico y otros departamentos donde predomina la agricultura comercial y algún grado de desarrollo manufacturero como Huila, Tolima, Cundinamarca y Meta.

Las demás secciones del país no han superado las condiciones de pobreza y se caracterizan por un menor desarrollo económico que se manifiesta en el incipiente desarrollo de los sectores agrícola e industrial e incluyen, adicionalmente, zonas de colonización y latifundio, pobremente explotadas. (Territorios Nacionales, Costa Atlántica y Pacífica).

2.2.3. Condiciones de Vida

a. Estado nutricional

La incidencia de la desnutrición solamente puede determinarse mediante diagnóstico clínico individualizado. Por ello y dada la imposibilidad de aplicar este diagnóstico en forma masiva, se han desarrollado métodos alternativos por medio de índices simples de tipo antropométrico o del balance entre el gasto y consumo de calorías o de proteínas. En Colombia, se han llevado a cabo estudios que utilizan ambas clases de índices.

⁵Realizado por el Departamento Nacional de Estadística (DANE), Junio de 1989.

CUADRO No. 2.5

PROYECTO MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD 1992 - 1996

EVOLUCION DEL INDICADOR DE NECESIDADES BASICAS INSATISFECHAS
EN LA POBLACION POR SECCIONES POLITICO-ADMINISTRATIVAS
COLOMBIA 1973 - 1985

NIVELES DE MEJORAMIENTO EN LA SATIS- FACCION DE NBI	SECCIONES POLITICO- ADMINIS- TRATIVAS	POBLACION CON NBI		VARIACION PORCENTUAL 1985/1973
		1973 %	1985 %	
	TOTAL NACIONAL	70.2	45.6	(35.0)
Muy Dinámicos	Bogotá, D.C.	56.9	23.5	(58.7)
	Quindío	61.9	30.7	(50.4)
	Valle	62.0	32.9	(46.9)
	Risaralda	61.7	33.9	(45.1)
	Santander	74.2	43.6	(41.2)
	Caldas	61.0	36.1	(40.8)
Relativamente Dinámicos	Vichada	100.0	61.9	(38.1)
	Meta	77.7	47.7	(38.6)
	Antioquia	64.2	40.4	(37.1)
	Cundinamarca	76.1	48.9	(35.7)
	Huila	75.3	48.7	(34.5)
	Tolima	74.6	48.6	(34.9)
	Atlántico	59.8	41.5	(30.6)

NIVELES DE MEJORAMIENTO EN LA SATIS- FACCION DE NBI	SECCIONES POLITICO- ADMINIS- TRATIVAS	POBLACION CON NBI		VARIACION PORCENTUAL 1985/1973
		1973 %	1985 %	
Lenta Superación de las NBI	Arauca	87.5	61.8	(29.4)
	Norte Santander	73.3	52.1	(28.9)
	Caquetá	85.2	61.4	(27.9)
	Boyacá	82.4	60.6	(26.5)
	Nariño	79.9	60.9	(23.8)
	Casanare	91.4	70.4	(23.0)
	San Andrés	57.4	44.2	(23.0)
	Cauca	79.2	61.1	(22.9)
	Cesar	78.5	62.2	(20.8)
	Amazonas	86.8	68.8	(20.7)
Estancamiento Relativo en la superación de las NBI	Bolívar	80.8	64.6	(20.0)
	Magdalena	78.0	62.9	(19.4)
	La Guajira	76.7	61.9	(19.3)
	Putumayo	80.5	65.1	(19.1)
	Sucre	88.3	73.6	(16.6)
	Córdoba	88.7	74.1	(15.5)
	Guainía	94.5	83.1	(12.1)
	Chocó	92.7	82.8	(10.7)
	Vaupés	97.9	93.1	(4.9)

FUENTE: La Pobreza en Colombia, Tomo I. DANE, Junio de 1989. p 36.

Con base en los criterios anteriores, la desnutrición calórico-proteínica en menores de cinco años, la desnutrición materna y el bajo peso al nacer, se consideran, en su orden, como los problemas de más alta prioridad. En un segundo nivel de prioridad, se ubican la desnutrición en el escolar y la deficiencia de hierro y de vitamina A. La subnutrición del anciano, el sobrepeso y la obesidad en los adultos, tiene una prioridad relativamente menor.

De acuerdo con los últimos estudios, la desnutrición en menores de cinco años persiste, aunque la tendencia de las tasas de desnutrición global es decreciente. La carencia de hierro es la deficiencia específica de mayor prevalencia en el país. Según el Estudio Nacional de Salud de 1977 a 1980, el 34% de la población colombiana tenía deficiencias de este mineral; así mismo, concluyó que en el grupo escolar, el 47% (más de 2 millones) de los niños padecía de anemia.

b. Alfabetismo y escolaridad

El notable esfuerzo realizado en el país por extender la escolaridad a todos los niveles, permite señalar que la educación ha constituido un mecanismo básico de ascenso social. Las bondades de la expansión escolar se hacen manifiestas en dos fenómenos: el descenso del analfabetismo y el aumento en la tasa de escolaridad. (Cuadros 2.6 a 2.10).

En 1951 más de la tercera parte de la población colombiana mayor de 15 años, era analfabeta. En los 34 años posteriores, este porcentaje se reduce significativamente al 12.2 %.

Sin embargo, como lo confirma la información del censo de 1985, este proceso ha sido desigual entre zonas urbana y rural, y entre cabeceras municipales grandes y pequeñas. Así, para el total de las cabeceras, la tasa de analfabetismo es de 7.3%, mientras para el resto del municipio es de 23.8%. Las cabeceras de más de 500.000 habitantes presentan una tasa de 4.4 %, que se incrementa a 13.5% en el caso de las cabeceras entre 2.501 y 10.000 habitantes y a 12.2% para las cabeceras menores de 2.500 habitantes.

Entre 1950 y 1985, la tasa de escolaridad para primaria pasó de 35.6% a 80.6%, para la población entre 7 y 14 años, verificándose una enorme dinámica en la expansión de este indicador. En los últimos años, cobra importancia el problema de la calidad de la educación y la garantía de un mayor acceso y permanencia en el sistema educativo.

c. Vivienda

La vivienda constituye una de las necesidades más sentidas y uno de los elementos más importantes para el bienestar. Al respecto de este componente, se destacan tres aspectos: el déficit habitacional, la calidad del alojamiento y el grado de hacinamiento.

El desfase entre el crecimiento demográfico y la construcción de vivienda ha generado el fenómeno conocido como "desborde de las ciudades", que se manifiesta en asentamientos periféricos a los grandes centros urbanos, sin los requisitos necesarios de infraestructura de servicios y utilizando materiales de construcción inapropiados. Sin embargo, las políticas han favorecido el impulso a la construcción de vivienda popular, incrementando la vivienda propia:

mientras para 1973, el 53.5% de las familias eran propietarios de sus viviendas, para 1985, lo era el 67.6%. Pero este hecho no ha logrado eliminar uno de los problemas más serios: el hacinamiento. Con base en el censo 1985, se sabe que de cada 10 viviendas, 2.2 son ocupadas en condiciones de hacinamiento, es decir, por 3 o más personas por cuarto.

d. Servicios Públicos

En el período 1973-1985, el porcentaje de viviendas que disponía de los tres servicios básicos; acueducto, alcantarillado y energía eléctrica, pasó de 42.95% a 56.8%, y el porcentaje de viviendas sin ninguno de ellos, se redujo de 31.3% a 16%; sin embargo, la cobertura de estos servicios en el área rural presenta grandes deficiencias: sólo el 8.1% de las viviendas rurales dispone de los tres servicios, mientras que el 51.2%, carece totalmente de ellos.

CUADRO No. 2.6

PROYECTO MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD 1992 - 1996

TASAS DE ESCOLARIZACION DE LA POBLACION RURAL COLOMBIANA

REGION	POBLACION 6 - 11 AÑOS	MATRICULADOS	TASA ESCOLARIZACION
Nacional	2.122.426	1.651.052	77.79%
Atlántica	538.551	410.987	76.31%
Oriental	577.560	454.469	78.69%
Central	601.801	439.792	73.08%
Pacífica	404.514	345.804	85.49%

FUENTE: DANE. Boletín de Estadística No. 436/Junio 1989
RURAL

CUADRO No. 2.7

PROYECTO MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD
EN COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD 1992 - 1996

POBLACION Y TASAS DE ESCOLARIZACION POR EDAD SIMPLE
EN EDUCACION BASICA PRIMARIA 1985 Y 1990

EDAD (Años) Nacional	1 9 8 5		1 9 9 0	
	Población por Edad simple	% en prim.	Población por Edad simple	% en prim.
6	706,629	76.70	756,580	85.20
7	694,923	88.60	747,836	94.40
8	684,184	92.30	737,927	94.60
9	671,380	88.30	724,479	88.00
10	658,229	83.20	714,643	81.70
11	646,668	65.16	702,735	58.04
12	670,828	48.56	689,042	40.32
13	613,532	35.39	678,291	22.50
14	626,439	26.44	665,497	9.16
15	639,375	16.65	652,363	4.75
16	651,775	7.75	640,356	2.28
17	675,417	3.24	663,700	0.94
Capital				
6	312,379	71.50	347,197	79.40
7	307,515	86.60	343,819	92.60
8	303,058	96.10	340,089	97.40
9	297,811	94.20	335,793	93.80
10	292,143	90.80	331,168	89.50
11	286,456	69.40	326,266	61.55
12	292,365	49.60	321,030	43.47
13	269,142	33.98	316,337	22.51
14	274,768	24.17	310,802	7.77
15	280,426	14.95	304,859	3.43
16	285,855	6.59	298,779	1.39
17	297,756	2.74	305,338	0.56
Resto				
6	396,250	80.80	409,383	90.20
7	387,408	90.30	404,016	96.10
8	381,126	89.20	397,837	92.30
9	373,569	83.50	388,686	83.10
10	366,086	77.10	383,476	74.80
11	360,212	61.80	376,470	55.00
12	378,463	47.74	368,011	37.59
13	344,390	36.50	361,954	22.50
14	351,661	28.20	354,694	10.38
15	358,949	17.98	347,504	5.92
16	365,920	8.65	341,577	3.05
17	377,661	3.62	358,362	1.26

Fuente: Sistema de Planeación de Recursos Humanos SENA
Holanda. Submodelo educativo. Cálculos D.N.P.

CUADRO No. 2.8

PROYECTO MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD 1992 - 1996

EDUCACION BASICA PRIMARIA
Tasa de Deserción, Aprobación y Repitencia por curso según área
1981, 1984, 1987

	1 9 8 1			1 9 8 4			1 9 8 7		
	Urbana	Rural	T o t a l	Urbana	Rural	T o t a l	Urbana	Rural	T o t a l
PRIMERO									
Deserción	13.3	17.7	15.3	14.5	20.3	17.0	12.1	18.9	15.3
Aprobación	68.6	55.5	62.6	69.4	56.5	63.7	73.8	59.2	67.0
Repitencia	18.1	26.8	22.1	16.1	23.2	19.3	14.1	21.9	17.7
SEGUNDO									
Deserción	9.8	15.1	11.8	10.6	16.8	12.9	8.5	14.5	10.9
Aprobación	76.5	66.5	72.7	77.5	67.4	73.7	82.3	72.4	78.4
Repitencia	13.7	18.4	15.5	11.9	15.8	13.4	9.2	13.1	10.7
TERCERO									
Deserción	9.4	14.4	10.9	9.9	16.2	11.9	4.6	13.6	9.7
Aprobación	79.1	72.4	77.0	79.6	72.8	77.4	83.4	76.4	80.9
Repitencia	11.5	13.2	12.1	10.5	11.0	10.7	12.0	10.0	9.4
CUARTO									
Deserción	8.4	14.0	9.8	9.0	15.7	10.8	7.1	13.2	8.9
Aprobación	81.8	75.3	80.2	82.0	75.4	80.2	83.5	77.9	81.9
Repitencia	9.8	10.7	10.0	9.0	8.9	9.0	9.4	8.9	9.2
QUINTO									
Deserción	7.4	12.6	8.4	8.1	13.6	10.9	6.1	11.6	7.5
Aprobación	85.8	85.5	84.8	85.9	81.3	83.6	87.9	83.4	86.8
Repitencia	6.8	1.9	6.8	6.0	5.1	5.6	6.0	5.0	5.7

Fuente: DANE, Boletín de Estadística 446. Mayo 1990

CUADRO No. 2.9

PROYECTO MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD 1992 - 1996

EDUCACION SECUNDARIA
TASA DE ESCOLARIZACION
1990

CIUDADES	POBLACION 12 - 17	MATRICULA SECUNDARIA 12 - 17	TASA NETA DE ESCOLARIZACION	DEFICIT DE CUPOS
Bogotá	619.357	408.776	66	210.581
Medellín	241.865	149.956	62	91.909
Cali	198.299	122.945	62	75.354
Barranquilla	160.759	61.088	38	99.671
Bucaramanga	79.152	45.117	57	34.035
Pereira	46.419	20.889	45	25.530
TOTAL	1.345.851	808.771	55	537.080

FUENTE: SENA. Modelo de Recursos Humanos
TASCAP

CUADRO No. 2.10

PROYECTO MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD 1992 - 1996

EDUCACION SUPERIOR

POBLACION ESCOLAR Y TASAS DE ESCOLARIDAD

PREGRADO

AÑO	POBLACION (1)		MATRICULA		TASA
	No.	Var. %	No.	Var. %	
1986	3.844.286	2.7	409.686	6.8	10.7
1987	3.924.000	2.1	427.005	4.2	10.9
1988	3.977.143	1.4	448.027	4.9	11.3

FUENTE: Revista del Icfes, vol. 1, n. 1, 1990
(1) POBLACION ENTRE 19 Y 24 AÑOS

2.2.4. Plan económico. Rol del Estado

Desde comienzos de la pasada administración, el Gobierno Nacional planteó un vigoroso programa de modernización de la economía, con el fin de superar los obstáculos estructurales al crecimiento económico y crear las condiciones requeridas para mejorar las condiciones de empleo e ingreso y elevar los niveles de bienestar de la población.

La actual administración ha continuado con esta estrategia adelantando múltiples acciones de políticas relacionadas con el desarrollo de la capacidad productiva nacional, el fortalecimiento del sistema financiero, el estímulo a la inversión productiva, el mejoramiento de la gestión pública, la readecuación de la infraestructura de servicios relacionados con las actividades productivas y la racionalización del comercio exterior.

Dentro de esta perspectiva, el proceso de apertura económica adquiere relevancia dentro de la política económica. La búsqueda de un sistema más abierto y competitivo, y de una mayor autonomía regional, que se ha propuesto el país desde hace varios años, se refleja también en el terreno económico. El modelo de sustitución de importaciones y de intervención del Estado para regular y dirigir la economía, ha perdido legitimidad y vigencia.

En cifras, esto se verifica como sigue: "desde 1938 hasta 1953, durante el período de vigencia del modelo de sustitución de importaciones, la productividad total de los factores creció a un ritmo del 2.8% anual. Desde 1953 hasta 1967, creció al 1.4% anual. Desde 1967 hasta 1978, creció al 0.8% anual y desde ese año hasta 1986, la productividad de los factores cayó en un 0.6% anual." Lo anterior significa que el crecimiento de la economía colombiana ha dependido de la acumulación de capital y trabajo y cada vez menos de aumento en la productividad; como hay límites a la acumulación de factores, la tasa de crecimiento de la economía colombiana ha caído.

Ese diagnóstico explica que en el Plan de Desarrollo 1990- 1994, se busque atacar las causas del incipiente crecimiento de la economía, constituyéndose en un "plan de crecimiento que promueve una mejor distribución del ingreso a través de acciones con un efecto económico y social duradero".⁶

Lo anterior permite identificar dos líneas de acción claras: una, que permita la acción más libre de los operadores económicos, buscando más competitividad y eficiencia, y otra, que lleva al gobierno a reasignar sus recursos hacia aquellos sectores en donde los efectos sobre el crecimiento y la distribución del ingreso, sean permanentes. Tal es el caso de los sectores sociales, como la educación y la salud, y la formación de una infraestructura adecuada para una economía abierta.

En síntesis, la apertura económica se constituye en una de las estrategias en que se apoya el proceso de internacionalización de la economía, que busca "inducir una elevación de la productividad, de la eficiencia, y enviar las señales correctas al mercado. Con ello se espera que la industria, el comercio, la agricultura, los servicios, e incluso las actividades estatales, orienten su actividad y sus decisiones de inversión en dirección de una mayor eficiencia y en un contexto de competencia externa, que garantice su sintonía con las condiciones prevalentes en el mercado mundial".⁷

⁶Ponencia del Dr. Armando Montenegro, Jefe del Departamento Nacional de Planeación en el Seminario ANIF, Bogotá, Abril de 1991.

⁷Artículo "Texto y Contexto de la Apertura Económica" de la Revista Semestral de la Fundación Puntos Suspensivos. Diciembre 1990.

La política de modernización, exige una transformación del papel del Estado; esa transformación está dirigida a proveer los recursos necesarios, para que los agentes económicos privados dispongan de los mecanismos legales que les permita explotar eficientemente sus activos productivos.

En este sentido, el Estado liquidará sus inversiones en todas las empresas donde su participación no se justifique y orientará estos recursos hacia fondos de crédito para apoyar la producción y la reconversión industrial.

Igualmente, para garantizar la oferta adecuada de crédito se reforma complementemente el sector financiero, especializándolo y promoviendo la constitución de instituciones con mayores niveles de capital.

En materia de infraestructura, todo el refuerzo se concentrará en completar y mejorar la red vial y de transportes, para integrar los centros productores entre sí y a estos, con los puertos de exportación.

En el sector social, la acción estatal se concentrará en brindar a los sectores económicamente más débiles niveles adecuados de educación y salud, mediante oferta directa del sector público, entendiendo que el gasto en estos sectores tiene un impacto directo en la productividad de las personas.

En resumen, el Estado restringe su participación directa en actividades productivas, provee un nivel básico de bienestar y promueve las condiciones para modernizar la economía y facilitar el crecimiento económico.

2.2.5. Proyección de la situación macroeconómica⁸

Entorno y perspectivas macroeconómicas: La solidez de las condiciones macroeconómicas del país es fundamento esencial de las acciones para la modernización de la economía y la racionalización del comercio exterior. Para examinar el impacto macroeconómico de las medidas propuestas se han realizado los ejercicios de simulación requeridos, con modelos econométricos de probada solidez que permiten efectuar proyecciones

⁸Tomado de: DNP. Políticas para el cambio económico y social, tomo IX, Bogotá, Junio 1991.

a. Antecedentes y perspectivas generales

Las políticas aplicadas durante este gobierno han permitido consolidar el equilibrio macroeconómico, logrando mantener el crecimiento de la economía y disminuir la tasa de desempleo en un marco de relativa estabilidad en la evolución del nivel de precios. Los resultados obtenidos han sido posibles gracias al esfuerzo realizado en los distintos frentes de la política económica:

- En materia fiscal, el déficit consolidado del sector público no financiero se ha preservado en niveles inferiores al 2.4% del BIP;
- En materia cambiaria, la adopción de una tasa de cambio real competitiva y de una política de financiamiento externo acorde con la capacidad de pago del país, han asegurado niveles satisfactorios de reservas internacionales y han mejorado el perfil de endeudamiento; y probabilísticas sobre las tendencias y comportamientos de las principales variables de la economía a corto y mediano plazo. En este capítulo se exponen los principales resultados derivados de estas proyecciones.
- En materia monetaria y financiera, las metas de crecimiento de la liquidez han sido consistentes con las necesidades de recursos del sector productivo y con los objetivos de la política anti-inflacionaria.

Aunque el manejo prudente y responsable de las políticas macroeconómicas es factor esencial en el logro de importantes niveles de actividad económica, no puede garantizar, por sí solo, un crecimiento alto y sostenido de la economía, si no se acompaña con un aumento en el rendimiento de los factores productivos. Desde una perspectiva de mediano plazo, la tasa de crecimiento de la economía colombiana es inferior a la que registró en el pasado y a la de otros países con estructuras económicas similares. Esta perspectiva responde al estancamiento de la productividad, a la dificultad para incrementar las tasas de ahorro interno e inversión, a las restricciones que impone el mercado doméstico por su estrechez y a la ineficiencia derivadas del proceso de sustitución de importaciones.

En términos de vinculación al mercado mundial, el 60% de la oferta de bienes exportados por el país, está concentrado en productos básicos, no obstante la notable recuperación de las exportaciones no tradicionales durante los últimos tres años, como efecto de los incentivos cambiarios y no cambiarios aplicados para restablecer su participación externa. Esta estructura exportadora muestra, desde hace varios años, síntomas crecientes de agotamiento y limita de manera significativa la posibilidad de lograr un crecimiento más dinámico de la economía en el futuro inmediato, entre otras por las siguientes razones:

- La alta participación de productos básicos lleva a que la economía sea vulnerable a las permanentes y pronunciadas fluctuaciones de sus precios internacionales, como ha ocurrido recientemente con el café;
- Las exportaciones que no pertenecen a la categoría de bienes básicos, se destinan predominantemente a países latinoamericanos, sujetas a la estrechez e inestabilidad de los mercados regionales;
- Las exportaciones no tradicionales, especialmente las manufactureras, una vez recuperados sus mercados, se ven abocadas a una tendencia declinante en su tasa de crecimiento si no logran aumentar su productividad y su capacidad de competencia;
- La incertidumbre sobre el incremento efectivo que se logre en los niveles de reservas probadas de recursos no renovables, especialmente de hidrocarburos, hace necesario capitalizar para el futuro los ingresos provenientes de sus mayores exportaciones.

De persistir esta trayectoria, si bien el crecimiento de la economía podría llegar hasta 4.3% en 1992, posteriormente retornaría a niveles cercanos al 3%. De igual forma, el incremento anual de las exportaciones no tradicionales no alcanzaría a superar el 9% en dólares en el período 1991-1994.

Con base en las consideraciones anteriores, y preservando la estabilidad cambiaria, monetaria y fiscal que caracteriza al país, es indispensable alcanzar ritmos altos y sostenidos de expansión de la producción y el empleo, mediante un aprovechamiento más eficiente de los recursos. Para este propósito, el conjunto de acciones contempladas en el programa propuesto, se orientan a incrementar la productividad, generar un más alto nivel de ahorro nacional, aumentar la eficiencia de la inversión, obtener un mayor nivel de competencia y, de esta forma, impulsar decididamente el desarrollo exportador del país.

Al lograr estas condiciones, es predecible sostener en el mediano plazo, tasas de crecimiento superiores al 5% en el PIB y al 15% , en dólares, en las exportaciones no tradicionales. Estos niveles de crecimiento permitirán que el ingreso per cápita de los colombianos aumente a un ritmo de más de 3% anual.

b. Perspectivas de la balanza de pagos

Las proyecciones de balanza de pagos con base en las tendencias históricas señalan una lenta evolución del comercio exterior colombiano y una baja participación tanto de las exportaciones como de las importaciones en el PIB. En promedio, durante el período 1990-1994, las exportaciones presentan un 14.6% y las importaciones un 11.5% del PIB. (Ver Cuadro N° 2.11).

En el marco de un manejo macroeconómico sano, la flexibilización del comercio internacional tiene como resultado el fortalecimiento del sector externo del país en el mediano plazo. El crecimiento de las exportaciones y el más alto nivel de las importaciones conducen a un aumento promedio de unas y otras en más de un punto porcentual con respecto al PIB, en el contexto de una tendencia más dinámica de crecimiento económico.

CUADRO No. 2.11

PROYECTO MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN COLOMBIA MINISTERIO DE SALUD 1992 - 1996

INDICADORES DE LA BALANZA DE PAGOS (Como porcentajes del PIB) COLOMBIA 1990 - 1994

	Sin racionalización del Comercio Exterior			Con racionalización del Comercio Exterior		
	Import.de bienes	Export.de bienes	Export.no tradic.	Importa.de bienes	Export.de bienes	Export. no tradic.
1990	11.9	14.3	5.5	12.8	14.5	5.6
1991	11.6	14.7	5.7	12.7	15.1	5.9
1992	11.3	15.2	5.7	12.3	16.3	6.6
1993	11.4	14.8	5.7	12.5	16.8	7.4
1994	11.6	14.4	5.7	12.7	16.7	7.8

FUENTE: DANE. 1990.

En sus resultados globales, esta nueva perspectiva genera una continua reducción de déficit en cuenta corriente que permitirá avanzar en la mejoría de los perfiles y coeficientes de endeudamiento externo. Ello hace previsible el avance en el proceso de normalización progresiva de las relaciones con el sistema financiero internacional, cuya acción prioritaria es el pleno restablecimiento del acceso del sector privado al financiamiento externo.

Partiendo de una situación sólida de balanza de pagos, el proceso de modificación gradual en las condiciones del comercio internacional permite prever un incremento en las importaciones no petroleras del 17% en 1990. Este incremento presenta una participación en el PIB de 12,8%, frente a un máximo de 11.8% en el período 1987-1989, y resulta, en gran medida, de la demanda adicional generada al aumentar, según lo programado, en 3% la exposición de la producción nacional a la competencia externa.

Se espera que las exportaciones no tradicionales empiecen a modificar en 1990 la reducción en la dinámica registrada en los últimos años y tengan un crecimiento de 12.6%. Este comportamiento será resultado, fundamentalmente, del manejo activo de la tasa de cambio real. Las exportaciones de hidrocarburos y carbón, que no reciben directamente los efectos del programa, tendrán un crecimiento de 18.1%, que es moderado con relación al año anterior, durante el cual los precios aumentaron considerablemente. En estas condiciones, las exportaciones no tradicionales y mineras compensan parcialmente la caída de 21.4% en las ventas externas del café, permitiendo un incremento en las exportaciones totales de 4.7%. Con ello se mantiene el nivel de exportaciones como porcentaje del PIB en 14.5%, similar al promedio de los últimos tres años. Como resultado, la balanza comercial presenta un superávit equivalente al 2.3% del PIB.

La balanza de precios mantiene su tendencia deficitaria, situándose en 6% del PIB, nivel similar al promedio de los tres años anteriores. Dado este déficit, el de la cuenta corriente se sitúa en el equivalente a 2.8% en términos del PIB.

El déficit en la cuenta corriente se financia con un superávit en la cuenta de capital, originado en el financiamiento externo neto y en el incremento de la inversión extranjera. Sobre estas bases, durante 1990 se espera una caída de las reservas internacionales estimada en US\$150 millones, manteniendo su saldo por encima de los cuatro meses de importación de bienes y servicios, nivel que se considera adecuado para garantizar la no reversibilidad del proceso de racionalización del comercio exterior.

Para 1991, el déficit en cuenta corriente disminuye con respecto al de 1990, colocándose en 2.3% del PIB. Esta disminución se logra gracias al incremento de las exportaciones no tradicionales cercano al 14%, que eleva la participación del total de las exportaciones en el PIB a 15%. Sobre la base del alto crecimiento de 1990, en 1991, las importaciones crecen 7% y su nivel de participación en el PIB se conserva en 12.7%.

El financiamiento del déficit de la cuenta corriente corresponde a la cuenta de capital. El país obtiene flujos netos positivos por concepto de endeudamiento externo, pero el saldo de la deuda continúa disminuyendo con respecto al PIB, intensificando así la tendencia de los últimos años, al pasar de 38.4% en 1987 a 33% en 1991.

A partir de 1992, el proceso de modernización de los mecanismos de comercio exterior se manifiesta plenamente sobre las exportaciones, mediante la reducción gradual de los niveles arancelarios, la consecuente disminución en el sesgo antiexportador y el mantenimiento de una tasa de cambio real competitiva. En efecto, la tasa de crecimiento de las exportaciones no tradicionales será en promedio de 19% entre 1992 y 1994 y su participación en el total de exportaciones aumentará a cerca de 46%, más de 12 puntos por encima de la observada en 1989.

Con ello, en 1994 las exportaciones totales se sitúan en 16.7% como porcentaje del PIB. (Cuadro 2.12).

CUADRO No. 2.12

PROYECTO MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD 1992 - 1996

COMERCIO EXTERIOR COLOMBIA
1990-1994
(Millones US\$)

Año	Importaciones no petroleras			Exportaciones no tradicionales		
	Sin Programa (1)	Con Programa (2)	(2)-(1)	Sin Programa (1)	Con Programa (2)	(2)-(1)
1990	4.951	5.326	375	2.390	2.403	13
1991	5.187	5.676	489	2.629	2.732	103
1992	5.446	5.916	470	2.866	3.279	413
1993	5.956	6.524	568	3.124	4.033	909
1994	6.627	7.255	628	3.405	4.638	1.233

A su vez, las importaciones registrarán una tasa de crecimiento promedio del orden del 8.8% en el mismo período. Su participación en el PIB, será alrededor de 12.5%, más de un punto por encima de la correspondiente al período 1987-89, estabilizando su crecimiento en tasas acordes con la nueva evolución de la producción nacional.

En su conjunto, durante el período 1990-1994, las acciones de racionalización del comercio exterior se reflejan en un más elevado flujo de comercio exportador e importador, un mayor grado de competencia en el mercado doméstico y una creciente dinámica de las exportaciones no tradicionales del país.

Este comportamiento del comercio exterior permite que la cuenta corriente disminuya consistentemente su déficit durante el período, llegando a ser inferior al 1% del PIB a partir de 1992. Dado el fortalecimiento estructural del sector externo y, por ende, de la capacidad de pago del país, mantener un déficit en cuenta corriente cercano al 1% del PIB resulta financiable de

una manera sostenida, en forma tal que niveles adecuados de ahorro externo complementen el ahorro interno en el apoyo a un vigoroso proceso productivo, al saneamiento de las finanzas públicas y al fortalecimiento tanto del sector financiero como del mercado de capitales.

Entre 1992 y 1994 el saldo de la deuda pública se proyecta con un crecimiento promedio anual inferior al 3%, lo cual lleva a que su participación en el PIB se reduzca, en esos años, de 33% a 27.8%. Dadas estas proyecciones de las cuentas corriente y de capital y las estimaciones de inversión externa, se genera una acumulación de reservas internacionales cada año, que permite mantener su saldo por encima de los cuatro meses de importaciones de bienes y servicios, garantizando la estabilidad del proceso.

c. Perspectivas fiscales

Las proyecciones fiscales elaboradas sin tener en cuenta los efectos de la ampliación de comercio exterior mostraban que el déficit del Gobierno Central sería 1.6% en 1990 y de 1.0% en 1991, con relación al PIB. A su vez, el déficit del conjunto del sector público se proyectaba en 2.5% y el 2.3% en los mismos años, una vez incorporado el impacto fiscal de la caída del precio del café. Estos resultados presentan un notable saneamiento de las finanzas públicas, gracias al fortalecimiento de los ingresos del Gobierno Central y del sector descentralizado y a la disciplina en los gastos de funcionamiento. Con el nuevo proceso, el déficit del Gobierno Central con relación al PIB se estima en un 1.4% en 1990 y 0.7% en 1991. A su vez, el déficit total del sector público no financiero se sitúa en 2.2% en 1990 y 1.5% en 1991.

Por efecto de la mayor inserción internacional de la economía, los ingresos del Gobierno aumentan, dado el incremento esperado del recaudo sobre importaciones. Este incremento es eminentemente transitorio, puesto que el cambio de controles cuantitativos a tarifas arancelarias equivalentes, constituye una etapa del proceso. Posteriormente el número de niveles arancelarios y los montos se reducen, en una etapa complementaria que podría durar 3 años. En esta segunda etapa, por consiguiente, el crecimiento de las importaciones se ajusta con el nivel de producción de la economía.

Para 1990, el mayor nivel de importaciones y los consiguientes impuestos, implican un crecimiento adicional del 8% en el recaudo correspondiente. Esta estimación contempla la reducción de 18% a 16% en la sobretasa arancelaria (Ley 75 de 1986), como medida de apoyo a la disminución en los costos de producción.

Si bien el arancel nominal promedio es actualmente de 26%, el recaudo por este concepto sólo equivale a un arancel efectivo del 9%, debido a la gran cantidad de exenciones y excepciones consideradas en las normas vigentes. El proceso de racionalización previsto, supone la disminución gradual de las exenciones y excepciones, hasta su eliminación en 1995.

En 1991 el nivel arancelario promedio aumenta a 30%, gracias a la conversión a tarifas de la protección que ha venido otorgando el sistema de licencias, y simultáneamente sube el arancel efectivo a 12.5%. A su vez, en este año se contempla una disminución adicional en la sobretasa arancelaria de 16 a 14.4%.

Durante el período 1992-1994, se simplifica la estructura arancelaria, se reducen las tarifas promedio y la dispersión y se aumenta progresivamente la tasa efectiva de recaudo. Para 1995, los ingresos del Gobierno, derivados del comercio exterior, se estabilizan con aranceles promedio del 25%, incluyendo sobretasas.

En consecuencia, dado el carácter transitorio de los mayores ingresos por concepto de impuestos a las importaciones, que presentan un mayor nivel de ahorro de la economía, su óptima utilización corresponde al saneamiento de la financiación del gobierno, proporcionando al sistema financiero bases más sólidas para llevar a cabo su función de intermediación en apoyo al proceso de inversión.

De acuerdo con lo planteado, el Gobierno Nacional podrá consolidar la modernización de la economía y la racionalización del comercio exterior, fortaleciendo las finanzas públicas. Para el efecto, el programa previsto actúa simultáneamente en dos frentes: Por una parte, se obtiene un ahorro adicional que permite al sector público invertir en las obras de infraestructura física necesarias para aumentar la competitividad del sector externo; por otra parte, este aumento del ahorro otorga un margen de recursos para reducir el saldo de la deuda con el sistema financiero y el sector privado, fortaleciendo así el mercado de capitales y el ahorro nacional.

En efecto, entre 1990 y 1994, el ahorro público se eleva de 6.1% a 8.3% como proporción del PIB. Como resultado, el sector público consolidado, pasa de un déficit de 2.2% como proporción del PIB en 1990 a una situación de equilibrio en 1993 y a un ligero déficit en 1994, sin que la inversión pública pierda participación dentro del producto.

Con estas nuevas perspectivas se fortalece el apoyo del sector público y del sistema financiero a la modernización productiva, en condiciones de una más profunda inserción del país en el mercado mundial.

d. Financiación

Las condiciones macroeconómicas de 1990 permiten prever un crecimiento de 29.5% del PIB nominal. Se estima que para sostener este ritmo de actividad económica, es necesario un incremento del crédito del sistema financiero al sector privado de alrededor de 31%. La posibilidad de financiar esta expansión depende básicamente del comportamiento de las finanzas públicas, del manejo del sector externo y del ahorro financiero de la economía.

Como se ha dicho, el sector público, al recuperar su nivel de ahorro, garantiza un financiamiento más sano de la inversión y un nivel de déficit que disminuye su demanda de crédito interno y las presiones sobre la base monetaria.

En el caso del sector externo, el crédito previsto para la financiación de importaciones adicionales con cargo a líneas de corto plazo, por cerca de US\$160 millones, y la disminución máxima de US\$150 millones en las reservas internacionales netas, cubren los requerimientos de recursos y garantizan el espacio monetario necesario para satisfacer las necesidades de crédito del sector productivo. Ello permite mantener un nivel de reservas internacionales equivalente a 4.5 meses de importaciones de bienes y servicios.

Las otras fuentes de recursos del sistema financiero para la actividad económica, corresponden a los cambios en los pasivos de mediano y largo plazo con el exterior; a los aumentos en el patrimonio y otros pasivos del sistema financiero, gracias a los esfuerzos de capitalización que se han venido realizando; y al crecimiento de los pasivos con el sector privado, a tasas superiores a las observadas en la década de los ochenta, incrementándose la profundización financiera⁹. En total, las fuentes suman \$ 1.961 miles de millones de pesos. Por el lado de los usos, las necesidades de crédito doméstico de los sectores público y privado ascenderían a \$1.807 miles de millones de pesos.

En consecuencia, con el crecimiento previsto de los pasivos con el sector privado, los recursos canalizados por el sistema financiero en 1990 son suficientes para atender la demanda de crédito de los sectores público y privado y, a la vez para, generar un ahorro financiero adicional, equivalente a cerca de 0.8% del PIB.

Debido a la necesidad de mantener la estabilidad interna y externa, este ahorro podría utilizarse para realizar inversiones necesarias en la infraestructura de apoyo al comercio exterior y para fortalecer la estructura monetaria y financiera nacional en favor de los sectores productivos, permitiendo mayor flexibilidad en el uso de instrumentos de control monetario. Sobre esta base, se estima viable continuar, en el presente año, con la disminución de los depósitos de giro sobre importaciones, para reducir sobrecostos y cargas financieras a los productores en coherencia con la política de comercio exterior.

⁹De acuerdo con las estimaciones, los medios de pago crecerían 26.5% en 1990, tasa inferior en 3 puntos al incremento del PIB nominal, dado el crecimiento observado de la velocidad de circulación del dinero. El crecimiento de los pasivos con el sector privado sería de 28%, equivalente al incremento del PIB menos 1.5 puntos; en la década de los 80 fue equivalente al incremento del PIB menos 2 puntos.

Las proyecciones macroeconómicas de mediano plazo consideran un crecimiento continuo del producto real, en condiciones de reducción progresiva del ritmo de inflación. Para apoyar este proceso, el crédito para el sector privado se expande a partir de 1992 a tasas acordes con el crecimiento del PIB nominal y los medios de pago crecen a una tasa inferior, en cerca de tres puntos a la del PIB nominal, dado el aumento de la velocidad del dinero.

Las fuentes de recursos del sistema financiero para el mediano plazo incluyen, en primer término, un incremento del patrimonio estimado en el 20% anual. En segundo lugar, un aumento en los pasivos externos de mediano y largo plazo del sistema financiero consolidado, cercano a US\$100 millones de dólares anuales entre 1991 y 1994. En tercer lugar, un aumento promedio de US\$94 millones de dólares en el crédito externo de corto plazo del sistema financiero, que refleja el comportamiento de la demanda para financiación de importaciones. Finalmente, las entidades financieras cuentan con el incremento en los pasivos con el sector privado, cuya evolución favorable es previsible como efecto del desarrollo de los mercados financieros y de las políticas encaminadas a inducir la generación de ahorro en la economía.

En 1991, las reservas internacionales contribuirán en US\$150 millones de dólares a la financiación del mayor volumen de importaciones. Entre 1992 y 1994, las reservas aumentarán en promedio US\$368 millones de dólares anualmente, permitiendo mantener un saldo superior a 4 meses de importaciones de bienes y servicios durante todo el período.

El crecimiento de los pasivos del sector financiero con el sector privado, será suficiente hasta 1993 para financiar a los sectores público y privado y acumular reservas internacionales. A partir de 1984, será necesario aumentar el esfuerzo de ahorro doméstico para incrementar la participación de los pasivos del sistema financiero en el PIB.

En este contexto, el manejo de las finanzas públicas en los próximos años puede dirigirse a incrementar su ahorro y reducir la demanda por crédito interno a medida que disminuye el déficit fiscal. De esta forma, será posible canalizar mayores recursos domésticos para fortalecer el ahorro y la inversión privada.

Estas directrices permiten ganar eficiencia y transparencia en la financiación de la inversión y en la asignación de recursos en la economía nacional, atendiendo a cinco aspectos interrelacionados:

- La mejoría en el perfil y composición de la deuda pública.
- La reestructuración de la administración pública con miras a mejorar su eficiencia y productividad.
- La conformación de un sistema financiero moderno, sólido y eficiente.

- El estímulo al financiamiento de la inversión privada y su canalización hacia la modernización del aparato productivo.
- El crecimiento relativamente alto de la inversión pública apoyado en una estructura de financiación sana y estable.

e. Producción, demanda, precios e insumos en 1990

Las proyecciones macroeconómicas permiten estimar una tasa de crecimiento real del PIB del orden del 3% en 1990, gracias al sustancial incremento en la inversión, que contribuye a aumentar la demanda final interna en 3.2%, frente al 2.0% observado en 1989.

Este incremento de la inversión se apoya en dos componentes: la recuperación de la inversión privada, que crece en 2%, como respuesta a la reducción de los costos de las materias primas y a los estímulos diseñados para los sectores productivos; y al crecimiento del 15% en la inversión pública, que permite restablecer su participación en el PIB con base a un financiamiento más sano y adecuado. En consecuencia, se prevé un crecimiento de la formación interna bruta de capital del 6.3%, frente a la disminución de 2.7% ocurrida en el año precedente.

Como resultado del mayor y mejor abastecimiento de materias primas e insumos importados, es previsible una reducción de las presiones sobre los costos industriales y, en condiciones de mayor competencia, sobre los precios finales al consumidor. Estas menores presiones inflacionarias repercuten favorablemente en el consumo de los hogares, compensando la disminución del ingreso disponible originada en la caída del precio interno del café.

Por su parte, en el sector externo se produce un ligero efecto contraccionista, dada la caída en los ingresos por concepto de café y aumento previsto en las importaciones, que no alcanzan a ser compensados plenamente por el incremento de las exportaciones no tradicionales y mineras.

De otra parte, en 1990 comienza el proceso de incremento en la productividad total de los factores (0.2% de crecimiento adicional al registrado en el período 1985- 1987), asociado a la estrategia comercial adoptada, como efecto de una más eficiente asignación de los recursos y de una disminución paulatina de las rigideces que hoy prevalecen en el sistema económico.

f. Las perspectivas de crecimiento económico en el mediano plazo (1991-1994)

Las estimaciones sobre el comportamiento del sector real de la economía para el período 1991-1994, con base en la proyección de las tendencias históricas, muestran un ligero repunte de las tasas de crecimiento del PIB entre 1990 y 1992 seguido por una posterior desaceleración

hasta colocarse en 3.4% en 1994. Por el contrario, las perspectivas económicas derivadas de la racionalización del comercio exterior en los términos propuestos, permiten prever que el PIB crece consistentemente a partir de 1991, obteniendo una tasa promedio anual del orden del 4.8% entre 1992 y 1994 y situándose en una trayectoria de crecimiento más dinámica y sostenida.

La modificación estructural de estas tendencias se apoya en el nuevo desarrollo exportador de la economía, el incremento de la productividad y la mayor eficiencia de la inversión.

Durante el período 1992-1994, las exportaciones constituyen la fuente más dinámica de impulso al crecimiento, con tasas promedio anuales de 9.5% en términos constantes, que superan en cerca de 4 puntos a las del PIB.

Las ganancias en productividad resultantes de las acciones propuestas se originan en tres fuentes: el mayor índice de penetración competitiva de las importaciones, que induce un incremento cada vez más alto en la productividad a medida que se aumente el grado de exposición de la producción nacional a la competencia externa; los efectos de mayores importaciones sobre la relación capital/trabajo en el sector industrial, debido al acceso de las empresas a tecnologías y bienes de capital; y los efectos de la mayor vinculación internacional de la economía sobre los precios relativos de los bienes exportables.

El conjunto de estos tres efectos genera un incremento gradual en las ganancias de productividad, hasta llegar a una tasa de crecimiento de 2.2% en 1994.

Con respecto a la inversión privada, los efectos más importantes derivan de un incremento de su eficiencia. En efecto, si se pretendiera alcanzar tasas de crecimiento promedio del 5% en el período 1993-1994, manteniendo las tendencias históricas, serían indispensables crecimientos sostenidos de la inversión bruta del sector privado del orden de 6.6% anual. Dadas las condiciones actuales de mercados, productividad y ahorro, no parece posible dicho incremento, más aún cuando la tasa de crecimiento promedio de largo plazo de la inversión privada fue de 3.4%.

Bajo el esquema de racionalización del comercio exterior, y considerando los incrementos de la productividad antes señalados, los requerimientos de aumento promedio en la inversión privada asociados con el logro de tasas de crecimiento de 5%, son del orden de 4.6% anual. Estos requerimientos guardan consistencia con los estímulos comerciales, las facilidades financieras previstas, la consiguiente ampliación de los mercados y los incrementos en la eficiencia de la inversión.

El proceso de modernización de la economía colombiana, implica, en esencia, mayores oportunidades de generación de valor agregado, empleo e ingreso, en un contexto no inflacionario, que percute directamente en el bienestar colectivo.

2.3. SITUACION EPIDEMIOLOGICA

El estado de salud de la población colombiana mejoró sustancialmente en las dos últimas décadas, lo cual se reflejó en tres hechos fundamentales: la disminución de la mortalidad, especialmente la mortalidad infantil, la disminución en la fecundidad y la prolongación de la esperanza de vida al nacer.

2.3.1. Mortalidad

Desafortunadamente en nuestro país existe un subregistro de la mortalidad en las zonas rurales y en algunas regiones del país, como en la Costa Atlántica, la Región Pacífica y los Territorios Nacionales, así como por grupos específicos de edad. Por estas razones, los datos de mortalidad deben verse con cierta reserva.

Durante la segunda mitad del presente siglo, la mortalidad general (MG) descendió aceleradamente. De 26 defunciones por 1.000 habitantes en el período 1950-55, la MG disminuyó a la mitad al iniciarse la década de los 70; y a 7.4 por 1.000 en el período 1985/90. El Estudio Nacional de Salud (ENS)¹⁰ utilizando datos ajustados por cobertura, observó un descenso mayor de 8,8 x 1000 en 1973 a 6.3 x 1.000 en 1981. El Estudio Seccional de Salud (ESS)¹¹ estimó la MG en 5.2 por 1.000 para 1986, utilizando el mismo factor de ajuste del ENS.

No obstante la disminución en la MG durante las dos últimas décadas, los extremos de la vida continúan siendo los períodos de mayor riesgo de muerte en la población.

Todos los grupos de edad, con excepción del grupo de 15-44 años (que mantiene una tasa estable), experimentaron descensos en la mortalidad, disminución que fue más notoria en los niños. En 1973, el 35% de las muertes ocurría en los menores de 5 años. En la actualidad, el 15% ocurre en este grupo, porcentaje que continúa siendo alto en comparación con Cuba y E.U. en donde menos del 5% de las muertes ocurre en este grupo de edad.

¹⁰Pabón A. Ruiz. La Morbilidad General en Colombia: Vol. V. ENS, Bogotá, 1986, pág. 25-43.

¹¹Ministerio de Salud, DNP, "La Salud en Colombia" Tomo 1, Bogotá 1990, pág. 235.

Mortalidad por grupo de edad. El descenso acelerado en la mortalidad de los niños, especialmente en los menores de un año, fue el hecho que más contribuyó a la disminución de la mortalidad general (MG) y al aumento de la esperanza de vida. Por ser uno de los indicadores más importantes del estado de salud, la mortalidad infantil será tratada en detalle más adelante.

La asociación de la mortalidad con la edad, refleja cambios en la susceptibilidad a las enfermedades, y la exposición acumulada durante la vida a factores de riesgo. La mortalidad en los niños es causada principalmente por problemas perinatales, infecciosos y accidentes, que reflejan una mayor susceptibilidad a la hostilidad del medio ambiente físico y social y a la deficiente atención de la gestación, parto y puerperio.

A partir de los 5 años y hasta llegar a la vida adulta, la mortalidad aumenta progresivamente con la edad, debido principalmente al trauma y la violencia, reflejo de la hostilidad del ambiente social y laboral. Existe una alta frecuencia de muertes en el grupo de 15 a 44 años, causadas principalmente por trauma y violencia.

La mortalidad en la tercera edad (debida principalmente a cáncer y enfermedades cardiovasculares) refleja, además del deterioro del sistema inmune, la exposición a factores de riesgo acumulada durante la vida de los individuos (ej. dieta, consumo de cigarrillos y bebidas alcohólicas). En 1986, cerca de la mitad de las muertes ocurrieron en este período de la vida, proporción que será mayor al aumentar la esperanza de vida al nacer.

Mortalidad por sexo. La mortalidad de los hombres es consistentemente más alta, en todos los grupos de edad, que en las mujeres; la razón de mortalidad hombres/mujeres, aumentó de 1.16 en 1973 a 1.33 en 1986. Esto se debió al aumento de la mortalidad en hombres de 15-44 años, en quienes la razón de mortalidad aumentó de 1.4 a 1.6. En Colombia, el homicidio es responsable de más de la mitad de las muertes prematuras en la población masculina, expresadas como años de vida potencial perdidos.

Mortalidad infantil. La mortalidad infantil es el número de defunciones de menores de un año ocurridas por cada 1.000 niños nacidos vivos. Es un indicador altamente sensible a cambios en el ambiente físico, social y económico durante el primer año de vida, y a la accesibilidad y calidad de los servicios de salud materno infantiles.

Desafortunadamente, la observación de la mortalidad infantil se ha dificultado por la deficiente calidad de los registros de defunción y nacimiento. En 1981, por ejemplo, sólo se registraron el 48% de las defunciones de menores de un año y el 57% de los nacimientos; esta situación ha venido mostrando tendencia a mejorar en los últimos años.

CUADRO No. 2.13

PROYECTO MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD 1992 - 1996

EVOLUCION Y PROYECCION DE LA MORTALIDAD
INFANTIL Y ESPERANZA DE VIDA AL NACER
COLOMBIA 1950 - 2000

PERIODOS	Tasa de mortalidad x 1000 nacidos vivos(a) (b)	Esperanza de vida al nacer(b)		
		Hombres	Mujeres	Total
EVOLUCION				
1950 - 1955	123.3	48.8	52.6	50.6
1955 - 1960	102.3	51.5	55.6	53.5
1960 - 1965	84.5	54.1	58.4	56.2
1965 - 1970	74.2	56.3	60.7	58.4
1970 - 1975	65.0	58.2	62.7	60.4
1975 - 1980	55.0	60.0	64.5	62.2
1980 - 1985	50.0	61.4	66.0	63.6
PROYECCION				
1985 - 1990	46.0	62.6	67.2	64.8
1990 - 1995	42.0	63.6	68.3	65.9
1995 - 2000	39.0	64.7	69.3	66.9
2000 - 2005	36.0	65.6	70.3	67.9
2005 - 2010	33.0	66.5	71.2	68.8
2010 - 2015	30.0	67.4	72.1	69.7
2015 - 2020	28.2	68.2	73.0	70.5
2020 - 2025	25.8	69.0	73.8	71.3

FUENTE: (a) OMS(1982). Pop Bull UN. Department of International Economic and Social, Affairs OMS: New York cuadro 2, p.37

(b) OPS (1985). Salud Materno Infantil y Atención Primaria en las Américas. Hechos y Tendencias. cuadro 3, p.289. cuadro A-pp.90-91.

La Organización Panamericana de la Salud considera que la mortalidad infantil descendió aceleradamente durante el presente siglo en Colombia (Cuadro N° 2.13). De 196 x 1.000 en 1938, la MI descendió a 135 a 1.000 en el período de 1950-1955 y a 46 x 1.000 en el período actual (1985-1990). Sin embargo, estudios realizados por entidades nacionales (Cuadro N° 2.7) estiman que el descenso fue mayor; de 61.7 x 1.000 en el período 1975-1980 a 33 x 1.000 en el período 1985 a 1986. Según este último dato, la MI descendió a un ritmo anual de 3.1% .

No obstante este descenso, la MI continúa siendo alta en Colombia. Es por lo menos 3 veces mayor que la de E.U. (12 x 1.000 en 1985) y dos veces mayor que la de Cuba (18.5 a 1.000) en 1985 y Costa Rica (18.6 x 1.000) en 1983.

Además persisten grandes diferencias por regiones, niveles de urbanización y niveles socioeconómicos. Para el año 2000, se estima una MI alrededor de 30 x 1.000.

Mortalidad Neonatal y Postneonatal. La mortalidad durante el primer año de vida se puede analizar más detalladamente observando las muertes ocurridas durante los períodos neonatal y postneonatal (Cuadro N° 2.7). La mortalidad neonatal (MN) incluye las muertes ocurridas durante los primeros 28 días de vida, y la mortalidad postneonatal (MPN), las ocurridas desde el día 29 hasta los 11 meses.

Llama la atención el descenso marcado en la mortalidad postneonatal; disminuyó casi a la mitad: de 40.1 x 1.000 en 1973 a 24.2 x 1.000 en 1984. La mortalidad neonatal, en cambio, sólo disminuyó 8% en el mismo período: de 23.9 x 1.000 a 19.7 x 1.000. Aunque en Colombia no se observa el patrón de los países desarrollados, en donde las dos tasas se interceptan, la tendencia observada muestra un acercamiento cada vez mayor.

Los factores de riesgo de la MN y MPN son diferentes. La MPN se asocia íntimamente con la hostilidad del medio ambiente social (bajo nivel de educación de la madre, ocupación del Jefe del hogar) y físico (calidad disponible del agua), y es sensible a cambios en el nivel socioeconómico, calidad de vida de la población y a la aplicación de medidas básicas de salud. La MN está influida principalmente por factores biológicos de la madre (madres menores de 18 años, intervalo intergenésico menor de 24 meses, más de 3 hijos) relacionados con la atención de la gestación y es más difícil de intervenir. Por estas razones, la observación de las causas de la mortalidad neonatal y postneonatal puede orientar sobre los factores asociados en los cambios seculares.

Causas de la disminución de la mortalidad infantil. El descenso de la MI, especialmente la MPN, durante las últimas décadas, se debió principalmente a la disminución de la desnutrición. El descenso de la mortalidad por enfermedades infecciosas, particularmente enfermedad diarreica aguda (EDA), infección respiratoria aguda (IRA) y tuberculosis (TBC), se asoció con el acelerado proceso de urbanización durante la segunda mitad del presente siglo, la mejor accesibilidad a servicios de atención primaria de salud (rehidratación oral con sales, promoción de la lactancia materna); servicios públicos de mayor calidad; el mayor nivel de educación particularmente de las madres, nivel de ingresos familiares y la mejor calidad de vivienda, entre otros.

En el Cuadro N° 2.14 se observan cambios ocurridos en la mortalidad neonatal y postneonatal entre 1973 y 1984. Tanto en 1973 como en 1984, las principales causas de muertes en el período

postneonatal, fueron las enfermedades infecciosas intestinales y parasitarias y en el período neonatal, ciertas infecciones originadas en el período perinatal. Las muertes por causas asociadas con factores de saneamiento ambiental (ej. enfermedades infecciosas intestinales) fueron las que más descendieron (5.4% anual), seguidas por las muertes asociadas con la alimentación, (4.7% anual). Este cambio fue similar en la MN y la MPN.

Al disminuir las causas asociadas con el saneamiento ambiental (infecciosas) y la alimentación (desnutrición), la participación porcentual de otras causas más difíciles de reducir, como aquellas relacionadas con el control del embarazo, se incrementó. Este último grupo de causas se reflejó especialmente en la MN, y fue el que más aumentó entre 1973 - 1984 (25.5% anual). Por el peso cada vez mayor de la MN dentro de la MI (45%), las causas de muerte asociadas con el control de embarazo, fueron también las que más aumentaron en la MI total.

En Costa Rica, el 40% del descenso de la mortalidad se debió a la estrategia de atención primaria en salud, luego de una profunda reorganización del sector. Cuba es el país de América Latina con la TMI más baja (16.5x 1.000), lo que fue causado principalmente al impacto de un programa especial para la reducción de la mortalidad infantil, basado en un nuevo modelo de atención primaria, que permitió integrar y coordinar acciones dirigidas a los menores de 5 años y a las madres.

CUADRO No. 2.14
PROYECTO MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD 1992 - 1996

CONTRIBUCION DE LA MORTALIDAD NEONATAL Y
POSTNEONATAL A LA TASA DE MORTALIDAD INFANTIL
COLOMBIA 1973 - 1984

AÑO	TASA DE MORTALIDAD INFANTIL			CONTRIBUCION	
	TOTAL	NEONATAL	POSTNEONATAL	NEONATAL	POSTNEONATAL
1973	64.0	23.9	40.1	37.3	62.7
1974	62.0	24.6	37.4	39.7	60.3
1975	59.8	24.2	35.6	40.5	59.5
1976	57.7	22.6	35.1	39.2	60.8
1977	55.8	21.3	34.5	38.2	61.8
1978	53.8	22.0	31.8	40.9	59.1
1979	52.0	22.1	29.9	42.5	57.5
1980	50.2	21.2	29.0	42.2	57.8
1981	48.5	20.9	27.6	43.1	56.9
1982	46.9	19.1	27.8	40.7	59.3
1983	45.2	19.0	26.2	42.0	58.0
1984	43.9	19.7	24.2	44.9	55.1

FUENTE: Ministerio de Salud, DNP, "La Salud En Colombia" Tomo I, Bogotá 1990.

Lo anterior sugiere que, además de las acciones sobre el medio ambiente, el sector salud deberá hacer mayores esfuerzos por mejorar el cuidado de las mujeres gestantes, puérperas y de los niños. Sin embargo, sólo estudios analíticos como el de Costa Rica, permitirán identificar qué factores tuvieron más impacto en la disminución de la MI en Colombia y orientar las acciones ambientales y asistenciales que el sector salud deberá emprender en los próximos años.

2.3.2. Morbilidad

En el análisis de la morbilidad no quedan adecuadamente representadas enfermedades poco letales, como las enfermedades de los dientes y de los órganos de los sentidos (ej. ojos y oídos). Por esta razón, es necesario complementar el panorama general de la situación en salud, examinando dos fuentes adicionales de información sobre morbilidad: a) registros sistemáticos de morbilidad y b) resultados de las dos encuestas de morbilidad realizadas en muestras representativas de la población del país en los períodos 1965 - 1977 - 1980.

Morbilidad según registros sistemáticos. El análisis de los registros sistemáticos de morbilidad proporciona información sobre las causas de enfermedad que demandan servicios de salud, tales como hospitalización y consulta externa, pero no permite la estimación de riesgos de morbilidad en la población por edad, sexo y causas específicas.

Lo anterior, se debe a dos razones fundamentales: en primer lugar, no todos los episodios de enfermedad en una población demandan servicios de salud y en segundo lugar, no todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud informan al Subsistema Nacional de Información (SIS).

Morbilidad según egreso hospitalario (MEH). Refleja principalmente los eventos relacionados con la etapa reproductiva de las mujeres y sus complicaciones. Otras enfermedades que se destacan son las infecciosas, el trauma y violencia y las enfermedades crónicas, especialmente las cardiovasculares.

Morbilidad según consulta externa (MCE). Refleja la información que se genera a partir de los datos recolectados en la consulta externa, pero debe ser analizada con cautela ya que es una muestra del 10% del total de consultas, no generalizable al total del país. Este tipo de información refleja las patologías que demandan más consultas y no necesariamente aquellas que son prevalentes en la población. Llama la atención la disminución de las enfermedades infecciosas y el aumento de las enfermedades crónicas.

Morbilidad por encuesta. Los indicadores que a continuación se describen se obtuvieron de las dos encuestas nacionales de morbilidad realizadas en 1985-66 y 1977-80¹². Ambas encuestas permitieron explorar en muestras representativas de la población del país, dos dimensiones de la morbilidad: la percibida por el individuo (morbilidad sentida) y la detectada a través del examen clínico (morbilidad clínica).

La frecuencia de enfermedad se midió a través de la prevalencia periódica, y la producción de individuos que enfermaron durante las dos semanas anteriores a la entrevista. A partir del número de casos nuevos de enfermedad ocurridos en el período de dos semanas de referencia, se pudo estimar la incidencia periódica y anual.

También se estimó la prevalencia de incapacidad por 100 habitantes y la prevalencia de consulta médica por 100 habitantes.

Aunque la prevalencia periódica y la incidencia de enfermedades seguramente se han modificado desde 1980, las diferencias relativas según sexo, edad y regiones, siguen siendo válidas en la actualidad.

Morbilidad Sentida en 1980. El 41% de la población se sintió enferma por algún motivo, durante las dos semanas previas a la entrevista, dato muy similar al encontrado en 1965-66 (39%).

La prevalencia de enfermedad global (por todas las causas), fue mayor en las mujeres (44%) que en los hombres (38%); ésto contrasta con la mortalidad, mayor en los hombres que en las mujeres, lo cual indica que la morbilidad es menor en la población masculina, y que su severidad y letalidad es mayor que en las mujeres. Dicha situación es consistente con la alta prevalencia de accidentes en los hombres 92.0%; casi dos veces mayor con respecto a las mujeres. Pero además de ser más comunes los accidentes en los hombres son también más severos, ya que la incidencia de hospitalización es tres veces mayor (7.8 por 1.000) que en las mujeres (2.7 por 1.000).

Al igual que en la mortalidad, los extremos de la vida están asociados con una mayor morbilidad. Esto es consistente con lo observado en otras partes del mundo, y corrobora que la niñez y la tercera edad son los períodos de la vida de mayor riesgo de enfermedad global; de 44% en los menores de un año, desciende a 31% en el grupo de 5 a 14 años, y aumenta progresivamente hasta llegar a 60% en la tercera edad.

¹²Pabón, A. y Rodríguez, Población y Morbilidad General ENS, Bogotá, 1987.

La edad está asociada también con patrones de morbilidad diferentes. La prevalencia de enfermedades crónicas (más de un año de evolución) aumenta progresivamente con la edad, 7.5% en el grupo de 0-4 años, 20% en el grupo de 5-14 años, 28% en el grupo de 15-44 años y 53% en el grupo de 45 y más años. En forma similar, la prevalencia de accidentes aumenta con la edad, a partir de los 15 años. Contrariamente a las enfermedades crónicas y a los accidentes, la prevalencia de enfermedades agudas (menos de 2 semanas de evolución), aumenta al disminuir la edad; 70% en los menores de 5 años, 58% en el grupo de 5-14 años, 48% en el grupo de 15-44 años, 27% en el grupo de 45 y más años, lo que se debe a la mayor incidencia de problemas infecciosos gastrointestinales y respiratorios en los niños.

Morbilidad Clínica (1980). Esta información fue obtenida por interrogatorio y examen médico. El 30% de la población se encontró clínicamente sana, proporción que fue sustancialmente superior al 21% hallado en 1965; visto de otra forma, la prevalencia de morbilidad clínica fue del 70%.

La prevalencia de morbilidad clínica (70%), fue superior a la prevalencia de morbilidad sentida (41%), pero las diferencias según el sexo, edad y región, son consistentes con las observaciones de morbilidad sentida y de mortalidad. El período comprendido entre los 5-14 años es el de menor riesgo de enfermedad y los extremos de la vida (la niñez y la tercera edad) son los períodos de mayor riesgo.

En general la prevalencia de morbilidad, expresada como enfermedad sentida, enfermedad clínica y consulta médica, es mayor en las mujeres que en los hombres en todos los grupos de edad. Sin embargo, la prevalencia de incapacidad es mayor en los hombres.

Se destacan como principales causas de morbilidad en la población, los problemas oftalmológicos, las infecciones respiratorias, enfermedades de la piel, las várices de miembros inferiores y las enfermedades ginecológicas.

Los hallazgos son consistentes con la tendencia de la mortalidad en los últimos años, disminución acentuada de las enfermedades infecciosas, particularmente la diarrea y aumento de enfermedades crónicas.

2.3.3. Factores Condicionantes

El estado de salud y enfermedad de una población, resulta de la exposición a una variedad de factores de riesgo y protectores que interactúan entre sí, como son los hábitos y prácticas de los individuos; las influencias externas del ambiente físico, biológico y social y, la accesibilidad, calidad y efectividad de los servicios de salud.

En el Cuadro N° 2.15 se resumen los principales problemas de salud y sus factores condicionantes: medio ambiente, estilo de vida, servicios de salud y factores endógenos.

2.3.4. Problemas y Prioridades

El estado de salud de la población colombiana ha mejorado sustancialmente durante las últimas cuatro décadas. Sin embargo, existen enormes diferencias regionales y socioeconómicas que afectan a sectores postergados de la población asentados en zonas rurales; en las regiones Pacífica y Atlántica; en los Territorios Nacionales y en los cinturones de miseria de las grandes ciudades. El 45% de la población colombiana vive actualmente en condiciones de pobreza, como se explicó en un punto anterior y son estos grupos poblacionales los que tienen menos oportunidades de acceso a la prestación de servicios de salud.

Los cursos de acción propuestos están orientados a intervenir factores de riesgo de los problemas de salud prioritarios y protectores de la salud de la población, mediante estrategias de prevención y promoción de la salud, de ampliación de la cobertura de servicios de salud, de investigación y de gestión y participación de la comunidad.

CUADRO No. 2.15

**PROYECTO MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD 1992 - 1996**

**PRINCIPALES FACTORES CONDICIONANTES DEL ESTADO DE SALUD
DE LA POBLACION Y GRUPOS DE ALTO RIESGO
COLOMBIA 1986**

Problemas	Estilo de Vida	Medio Ambiente	Servicios de Salud	Factores Endógenos	Gr. Alto Riesgo
Enf. Infecc.	m	g	p	p	0-14 60+
Enf. Noinfec.	g	p	m	m	15-59 60+
Cáncer	g	p	p	g	15-60+
Trauma-Viol.	g	g	m	p	1-60+
Un. Perinatal	m	p	g	p	1-4 15-44
Desnutrición	g	m	g	p	1-60+
Dent-Org Sent	g	m	g	p	1-60+
Probl. Quirurg.	p	p	g	m	0-60+
Salud Mental	m	m	m	g	5-59

CONVENCIONES: p= poca influencia; m= mediana influencia;
g= gran influencia.

FUENTE: MinSalud, DNP, "La Salud en Colombia". Estudio Sectorial. Bogotá, 1990. página 370.

2.4. OFERTA Y DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD

2.4.1. Cobertura poblacional

En Colombia, la prestación de servicios de salud está a cargo de los sub-sectores de la seguridad social, público y privado.

En el Cuadro No. 2.16 "Población asignada por subsectores", se puede apreciar cómo en forma continua durante el período 1982-1990, en promedio, el 71.2% de la población fue objeto de atención por parte del sub-sector público directo; el sub-sector privado solo cubrió al 4.27% de la misma, mientras que el resto de los habitantes fueron atendidos por el sub-sector de la seguridad social, esto es el 24.6%.¹³

CUADRO No. 2.16
PROYECTO MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD 1992 - 1996

POBLACION ASIGNADA POR SUBSECTORES
MINISTERIO DE SALUD
COLOMBIA 1982 - 1990

SUB-SECTOR	1982		1986		1989		1990	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
TOTAL	26.965.000	100	30.459.098	100	32.316.933	100	32.978.173	100
PUBLICO	20.628.225	76.5	22.699.409	74.5	22.408.106	69.3	21.666.660	65.7
SEGURIDAD SOCIAL	5.393.000	20.0	6.579.165	21.6	8.499.353	26.3	9.728.561	29.5
PRIVADO	943.775	3.5	1.180.524	3.9	1.409.474	4.4	1.582.952	4.8

FUENTE : Ministerio de Salud - Subsistema de Información, Fondo Nacional Hospitalario

¹³El sistema de la seguridad social está conformado por una gama de instituciones con características propias y diversas, como son la Caja Nacional de Previsión, que atiende a los funcionarios públicos del nivel nacional, el Instituto de los Seguros Sociales, que ofrece servicios a los trabajadores del sector privado y numerosas cajas de previsión departamentales y municipales.

La baja cobertura del sub-sector de la seguridad social se explica por una parte, en el hecho de que el 45 % de la población económicamente activa a nivel nacional está vinculada a la economía informal, razón por la cual no accede a los servicios que ofrece este sector. Por otra parte, a que sus instituciones están concentradas en las grandes ciudades haciendo difícil el acceso de la población rural. Sin embargo, como se observa en el Cuadro 2.9, este sub-sector viene ampliando su cobertura, acorde con los cambios en la legislación laboral, los cuales buscan proteger a los estratos menos favorecidos de la población laboral.

En síntesis, dado que, el sub-sector de la seguridad social sólo presta servicios a un pequeño grupo de trabajadores asalariados de la clase media, y el sub-sector privado, por su parte, cubre la atención de personas de alto nivel socio-económico, el sub-sector público constituye el único sistema de atención de que disponen los grupos de población de bajos ingresos.

2.4.2. Disponibilidad de los recursos físicos y humanos

En el Cuadro No. 2.17 se puede apreciar el número de instituciones de salud existentes en el país, por sub-sectores. Se destaca el sub-sector público que dispone del 71.9% de los centros asistenciales a nivel nacional. En segundo lugar, se sitúa el sub-sector privado, que sólo contribuye con el 20.5% al total de instituciones del país.

CUADRO No. 2.17

PROYECTO MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN COLOMBIA MINISTERIO DE SALUD 1992 - 1996

INSTITUCIONES DE SALUD POR NIVEL DE COMPLEJIDAD Y SUB-SECTOR COLOMBIA 1990

NIVEL DE COMPLEJIDAD	(1) PUBLICO	(2) SEGURIDAD SOCIAL	(3) PRIVADO	1+2+3 TOTAL
T O T A L	700	74	203	977
HOSPITAL GENERAL		72	153	146
HOSPITAL UNIVERSITARIO	12		1	13
HOSPITAL REGIONAL	103			103
HOSPITAL LOCAL	546			543
HOSPITAL ESPECIALIZADO	39	2	49	90

FUENTE: Minsalud-División de Proyección y programación de Recursos Humanos

Si relacionamos las cifras anteriores con el número de camas y la población asignada, podemos apreciar que el sub-sector privado cuenta, en promedio, con el 20% de la infraestructura física del país y solamente cubre un 4.8% de la población, lo que demuestra que su capacidad instalada está subutilizada.

En este sentido, cabe mencionar que el sub-sector de la seguridad social, mediante sistema de convenios, viene utilizando la infraestructura hospitalaria privada y pública para la prestación de sus servicios.

La infraestructura hospitalaria, tanto del sub-sector privado como de la seguridad social, se concentra en los niveles de atención denominados de segundo y tercer nivel, es decir, hospitales generales (HG) y hospitales especializados (HE), los cuales generalmente se encuentran ubicados en las principales ciudades del país, mientras que el mayor número de atenciones en el sub-sector público se prestan en instituciones del primero y segundo nivel de atención, localizados en ciudades intermedias y en zonas apartadas.

En el Cuadro No. 2.18, se puede observar que los hospitales locales presentan una alta participación dentro del total de instituciones de salud del sub-sector público y su participación ha sido casi constante en todo el período. El número de hospitales universitarios no cambió en todo el intervalo y a nivel regional, se han presentado pequeños cambios, los cuales no significan que se hayan construido nuevos hospitales, sino que el nivel de complejidad, de algunas instituciones de salud, ha sido reclasificado.

CUADRO No. 2.18
PROYECTO MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD 1992 - 1996

INFRAESTRUCTURA DEL SUB-SECTOR PUBLICO DE SALUD
POR NIVEL DE COMPLEJIDAD
COLOMBIA 1982 - 1990

NIVEL	1982		1987		1989		1990	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
T O T A L	649	100	657	100	699	100	700	100
UNIVERSITARIO	12	1.8	12	1.8	12	1.7	12	1.7
REGIONAL	99	15.3	95	14.5	105	15.0	103	14.7
LOCAL	490	75.5	505	76.9	543	77.7	546	78.1
ESPECIALIZADO	48	7.4	45	6.8	39	5.6	39	5.5

FUENTE: Minsalud - División de Proyección y programación de Recursos Humanos

CUADRO No. 2.19

PROYECTO MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD 1992 - 1996

INSTITUCIONES PUBLICAS DE ATENCION HOSPITALARIA Y AMBULATORIA 1973 Y 1990

SECCIONES DEL PAIS	AÑO 1973									AÑO 1990								
	HOSPITALARIAS					AMBULATORIAS				HOSPITALARIAS					AMBULATORIAS			
	HU	HE	HR	HL	Total	No. Camas	CS	PS	Total	HU	HE	HR	HL(a)	Total	No. Camas	CS	PS	Total
Antioquia	1	4	10	86	101	3,697	37	88	226	1	5	9	114	129	3,750	71	179	379
Atlántico	0	5	2	8	15	822	27	16	58	1	5	1	13	20	1,020	67	37	124
Bogotá	6	8	0	1	15	3,589	43	14	72	4	6	1	19	30	3,436	71	3	104
Bolívar	1	1	4	9	15	967	27	53	95	1	3	4	15	23	1,032	57	53	133
Boyacá	0	1	10	12	23	1,247	16	76	115	0	1	9	23	33	1,137	28	161	222
Caldas	1	3	3	20	27	1,587	9	67	103	1	1	3	18	23	1,217	31	136	190
Caquetá	0	0	1	4	5	189	7	14	26	0	0	3	8	11	253	10	52	73
Cauca	1	1	4	10	16	616	8	80	104	1	1	4	16	22	737	35	111	168
Cesar	0	0	1	7	8	330	22	35	65	0	0	2	9	11	395	23	92	126
Córdoba	0	0	4	2	6	631	25	22	53	0	0	4	6	10	639	41	116	167
Cundinamarca	0	2	5	27	34	3,776	43	90	167	0	3	8	30	41	2,718	37	141	219
Chocó	0	1	1	4	6	261	17	52	75	0	2	1	8	11	311	13	104	128
Huila	0	0	4	13	17	616	17	55	89	0	0	4	13	17	669	35	98	150
Guajira	0	0	2	4	6	162	6	23	35	0	0	2	6	8	214	15	56	79
Magdalena	0	1	6	7	14	642	5	53	72	0	1	4	11	16	679	27	71	114
Meta	0	1	1	7	9	410	4	38	51	0	1	4	8	13	474	14	49	76
Nariño	0	4	6	5	15	1,879	22	44	81	0	1	6	6	13	657	21	94	128
N. Santander	0	4	3	12	19	1,212	5	55	79	0	4	3	14	21	1,203	17	80	118
Risaralda	0	1	4	9	14	1,089	10	31	55	1	1	1	12	15	773	9	13	37
Quindío	0	1	1	10	12	771	9	7	28	0	1	0	15	16	770	9	54	79
Santander	1	1	6	32	40	3,122	9	104	153	1	1	6	37	45	2,629	35	195	275
Sucre	0	0	4	3	7	257	22	5	34	0	1	3	4	8	306	22	27	57
Tolima	0	2	10	26	38	1,585	28	76	142	0	2	5	33	40	1,311	31	186	257
Valle	1	3	6	36	46	2,635	19	129	194	1	4	8	40	53	2,572	34	254	341
Arauca	0	0	1	5	6	55	0	6	12	0	0	0	6	6	123	2	31	39
Casanare	0	0	1	3	4	94	5	15	24	0	0	1	13	14	148	0	16	30
Putumayo	0	0	1	1	2	64	4	10	16	0	0	0	6	6	125	5	23	34
San Andrés	0	0	1	0	1	46	2	0	3	0	0	1	2	3	63	3	3	9
Amazonas	0	0	1	0	1	42	1	3	5	0	0	0	4	4	91	2	5	11
Guainía	0	0	0	1	1	5	0	2	3	0	0	0	3	3	38	0	27	30
S. J. Guaviare	0	0	0	2	2	20	0	2	4	0	0	1	4	5	57	0	6	11
Vaupés	0	0	0	1	1	17	0	0	1	0	0	0	1	1	28	0	16	17
Vichada	0	0	1	0	1	28	0	0	1	0	0	0	6	6	72	0	16	22
TOTAL	12	44	104	367	527	32,463	449	1,265	2,241	12	44	98	523	677	29,647	765	2,505	3,947

FUENTE: FNH. Inventario Nacional de Hospitales, Centros y Puestos de Salud Octubre de 1974 MINISTERIO DE SALUD.

En el año 1976 existían 2,644 organismos de salud que prestaban servicios de atención ambulatoria, los cuales aumentaron en un 66.9% para 1987, como resultado del impulso a programas de atención básica primaria. El mayor incremento se verificó en el sector oficial, como se puede apreciar en el Cuadro No. 2.20.

CUADRO No. 2.20

PROYECTO MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN COLOMBIA MINISTERIO DE SALUD 1992 - 1996

ORGANISMOS DE SALUD DE ATENCION EXCLUSIVAMENTE AMBULATORIA COLOMBIA 1976 - 1987

SUB-SECTOR	1976	1977	1979	1980	1981	1984	1985	1986	1987	PROMEDIO	%
PUBLICO	2.120	2.269	2.491	2.532	2.877	3.085	3.095	3.166	3.306	2.771	82.8
SEGURIDAD SOCIAL	384	405	415	424	415	453	458	481	485	435	13.1
PRIVADO	140	98	108	101	134	167	176	199	158	142	4.2
TOTAL	2.644	2.772	3.014	3.057	3.426	3.705	3.729	3.846	3.949	3.349	100

FUENTE: Ministerio de Salud - Subsistema de Información en Salud, F.N.H - Subdirección de Planeación

Camas hospitalarias

Gracias al incremento de los programas de salud orientados a la promoción y prevención de salud y de atención básica primaria principalmente, las condiciones de salud de la población han mejorado, lo que ha repercutido en una disminución de la demanda de camas para hospitalización. Adicionalmente, la actualización tecnológica, el complemento de la dotación médico-hospitalaria y el mejoramiento de la infraestructura física de las instituciones de salud, ha mejorado la calidad en la prestación de los servicios de salud en el sub-sector público, más que la puesta en funcionamiento de camas adicionales, como puede observarse en el Cuadro No. 2.21, para todos los sub-sectores.

Las instituciones del sub-sector público concentran, en promedio, el 68.3 % de las camas existentes en el país, ubicadas en 700 hospitales a nivel nacional; en tanto que la seguridad social tiene el 12.6 %, que corresponde a 5,234 camas, y el sub-sector privado aporta 8,502 camas hospitalarias que corresponden a un 19.6% del total.

CUADRO No. 2.21

**PROYECTO MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD 1992 - 1996**

**NUMERO DE CAMAS HOSPITALARIAS SEGUN SUB-SECTORES Y
PARTICIPACION EN EL TOTAL
COLOMBIA 1980 - 1990**

SUB-SECTOR	1980		1982		1984		1986		1988		1990		PROMEDIO 6 AÑOS	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
TOTAL	43.706	100	43.629	100	43.478	100	41.737	100	43.493	100	44.205	100	43.374	100
PUBLICO	29.018	66.4	29.263	67.1	29.163	67.1	28.897	69.2	30.534	70.2	30.951	70.0	29.637	68.3
SEGURIDAD SOCIAL	5.861	13.4	6.301	14.4	5.987	13.8	4.260	10.2	4.366	10.0	4.630	10.5	5.234	12.6
PRIVADO	8.827	20.2	8.065	18.5	8.328	19.2	8.580	20.6	8.593	19.8	8.624	19.5	8.502	19.6

FUENTE : Ministerio de Salud - Subsistema de Información, Fondo Nacional Hospitalario -
Presidencia de República, "El problema de los hospitales" Editorial Imprenta Nacional, sep 1988.Æ

De acuerdo con la información indicada en los Cuadros 2.16 y 2.21, se puede señalar que el sub-sector público, tiene asignado el 65.7% de la población, cuya demanda es atendida por el 68.3% de las camas. Así mismo, el sub-sector de la seguridad social tiene asignado el 24.6% de la población, en tanto que tiene el 12.6% de las camas, y el sub-sector privado cubre el 4.7% de la población, con el 19.6% de las camas hospitalarias disponibles.

Recursos Humanos

Entre 1985 y 1987, la disponibilidad de profesionales y técnicos del sector salud no ha variado sustancialmente, conforme se observa en el Cuadro No. 2.22. A pesar que el sub-sector público cuenta con el mayor número de personal (67%), el mayor incremento se ha observado en el sub-sector privado.

El bajo incremento observado en el número de personas vinculadas al sub-sector público, refleja el congelamiento de las plantas de personal, particularmente en el área de atención preventiva y promoción de la salud, conforme se observa en el Cuadro No. 2.23.

CUADRO No. 2.22

**PROYECTO MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD 1992 - 1996**

**PERSONAL VINCULADO AL SECTOR SALUD
COLOMBIA 1985 - 1987**

SUB-SECTOR	SUB-SECTOR	1985		1987	
		No.	%	No.	%
PUBLICO	TOTAL	94.154	69.46	95.372	67.04
SEGURIDAD SOCIAL	Instituto de Seguros Sociales	22.270	16.43	22.500	15.96
	Cajas de Compensación Familiar	3.208	2.37	4.000	2.84
	Cajas de Previsión Familiar	9.941	7.33	10.180	7.22
PRIVADO	TOTAL	5.976	4.41	9.800	6.94
SUBTOTAL		135.549	100.00	141.852	100.00
OTROS	Acueducto y desechos líquidos	48.500		48.500	
TOTAL		184.049		189.507	

FUENTE: División de Proyección y Programación de Recursos Humanos - Minsalud

Colombia ha alcanzado coberturas de personal médico que resultan aceptables a nivel internacional. Sin embargo, la distribución de este personal no corresponde a las necesidades regionales. En efecto, el 61% de los médicos del sub-sector público trabajan en las capitales, donde se concentra el 43% de la población, generándose un déficit significativo en las áreas rurales y apartadas.

Al analizar la calificación por nivel académico del personal, entendiéndose como profesional, el recurso humano egresado de programas educativos de 5 años y más, y como licenciados, el recurso humano egresado de programas universitarios de 4 años, los primeros representan el 35.3% y los últimos, el 8.4%. El conjunto de auxiliares, a su vez, corresponde al 46.2%.

CUADRO No. 2.23

PROYECTO MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD 1992 - 1996

DISTRIBUCION DEL PERSONAL VINCULADO AL SUB-SECTOR
PUBLICO DE SALUD
COLOMBIA 1987(2)

PERSONAL	PERSONAL VINCULADO	Perseo/Hab. 10.000 hab.	% PERSONAL
MEDICOS	23,600	8.3	24.7
ODONTOLOGOS	10,069	3.5	10.5
ENFERMERAS	6,500	2.1	6.8
NUTRICIONISTAS - DIETISTAS	1,568	1.8	1.4
AUXILIARES DE ENFERMERIA	25,771	8.7	27.0
AYUDANTES DE ENFERMERIA	13,016	4.6	13.6
PROMOTORES DE SALUD	5,310	1.8	5.5
INGENIEROS Y VETERINARIOS	6,583	2.1	6.9
PROMOTORES DE SANEAMIENTO AMBIENTAL	2,955	1.6	3.0
TOTAL	95,372	3.1	100

FUENTE: Minsalud, Division de Proyeccion y programacion de Recursos Humanos

- (2) Incluye el personal que ha recibido capacitación por periodos entre 1 y 3 años dentro de los currículos establecidos por el Sistema de Salud y cuyo entrenamiento se lleva a cabo en la red de escuelas de auxiliares de enfermería y odontología y en los centros de capacitación regionales.

2.4.3. Utilización de Recursos Físicos. Egresos hospitalarios

Con respecto a los egresos hospitalarios, el sub-sector público participa con el 67% de estos egresos, seguido del sub-sector privado con el 18% y el de la seguridad social con el 15%. (Cuadro 2.24).

Entre 1980 y 1989, el número de egresos hospitalarios por cama (EHC) en el sub-sector público, pasó del 34.6% al 40.6%, mientras que el índice de ocupación por camas se ha mantenido prácticamente constante. Lo anterior, se debió a los cambios tecnológicos experimentados en la modalidad de atención, los cuales han privilegiado la prestación de servicios ambulatorios.

CUADRO No. 2.24

PROYECTO MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD 1992 - 1996

EGRESOS HOSPITALARIOS POR SUBSECTORES
COLOMBIA 1980 - 1989

SUB-SECTOR	1980	1982	1984	1986	1988	1989
PUBLICO	1,004,654	1,018,859	992,209	1,128,164	1,211,847	1,247,813
SEGURIDAD SOCIAL	243,781	257,129	261,155	271,774	286,232	287,125
PRIVADO	242,208	255,470	302,495	309,334	333,037	334,500
TOTAL	1,490,643	1,531,458	1,555,859	1,709,272	1,800,200	1,869,438

FUENTE: Subsistema de Información en Salud (SIS-110 y SIS-330)

CUADRO No. 2.25

PROYECTO MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD 1992 - 1998

UTILIZACION DE CAMAS HOSPITALARIAS SEGUN ESPECIALIDAD
SUB-SECTOR PUBLICO
COLOMBIA 1987 - 1989

ESPECIALIDAD	DETALLE	1980	1982	1984	1986	1988	1989
TOTAL	Camas	29.018	29.263	29.163	28.897	30.534	30.751
	Egresos	1.004.654	1.018.859	1.076.085	1.128.164	1.211.847	1.247.813
	Egresos por cama	34.6	34.8	36.9	39.0	39.7	40.6
	% Ocupacional	59.1	58.8	57.7	57.2	57.8	58.2
PEDIATRIA	Camas	5.667	5.539	5.288	5.038	5.731	5.710
	Egresos	149.620	168.009	188.844	209.680	168.362	168.951
	Egresos por cama	26.4	30.3	35.7	41.6	29.4	29.6
	% Ocupacional	53.8	56.0	59.0	62.0	50.1	49.9
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	Prom. de estancia	7.5	6.9	6.8	6.4	6.3	6.2
	Camas	4.144	3.913	3.687	3.462	4.679	4.704
	Egresos	348.007	378.801	413.429	448.057	450.195	471.511
	Egresos por cama	83.9	96.8	112.1	129.4	96.2	100.2
MEDICINA INTERNA	% Ocupacional	55.1	60.0	70.0	80.0	55.5	57.6
	Prom. de estancia	2.4	2.3	2.2	2.2	2.1	2.1
	Camas	5.510	5.125	4.660	4.196	5.771	5.700
	Egresos	134.472	140.353	146.623	152.893	164.906	165.509
CIRUGIA	Egresos por cama	24.4	27.3	31.5	36.4	28.6	29.0
	% Ocupacional	58.5	63.7	73.3	77.2	55.6	56.7
	Camas	3.903	3.662	3.434	3.206	4.310	4.381
	Egresos	99.670	102.673	107.463	112.252	140.153	144.291
OTROS SERVICIOS	Egresos por cama	25.5	28.0	31.3	35.0	32.5	32.9
	% Ocupacional	67.2	68.0	72.0	76.0	66.8	67.0
	Camas	9.794	11.024	12.094	12.995	10.043	10.256
	Egresos	272.885	229.023	219.726	205.282	288.231	297.551
	Egresos por cama	26.9	19.9	16.4	14.3	28.7	29.0

FUENTE: Ministerio de Salud - Subsistema de Información en Salud F.N.H. - Subdirección de Planeación.

En el mismo intervalo, la especialidad que presentó el mayor incremento, tanto en el número de camas hospitalarias, como en el número de egresos por cama, fue ginecología y obstetricia, a expensas principalmente de la atención hospitalaria del parto, debido a una mayor educación de la población. (Cuadro 2.25).

En los servicios de medicina interna y cirugía igualmente, se observa una tendencia a incrementar, tanto el número de camas como de egresos, situación que posiblemente podrá ser corregida mediante el fortalecimiento de programas de atención preventiva.

Por su parte, el servicio de pediatría, a su vez, presenta una leve tendencia a la disminución, tanto en el número de camas como egresos, lo que refleja los positivos resultados de los programas dirigidos a la niñez, que viene adelantando el gobierno en la última década.

Al analizar las causas de egreso hospitalario, se verifica que las cinco primeras están relacionadas con el embarazo y parto, y le siguen en importancia las enfermedades diarréicas, las infecciones respiratorias y las fracturas.

La baja cobertura de los servicios de acueducto y alcantarillado -en 1987 en Colombia, el 43% de la población no contaba con conexión al servicio de acueducto, y el 59% al de alcantarillado-, explica la alta prevalencia de enfermedades infecciosas. De igual manera, la contaminación del aire en las ciudades y la deficiente disposición de desechos, se asocia con el incremento de las afecciones respiratorias.

Mientras que el 44.1% de la población vive en localidades donde la cobertura de acueducto supera el 70%, el 49.3% habita en localidades en donde esa cobertura es menor del 55%. Respecto al alcantarillado, la brecha es mayor; el 27% de la población está ubicada en localidades con una cobertura superior al 75% y el 55.9% reside en localidades donde esta no llega al 50%.

2.5. SITUACION INSTITUCIONAL: CONTEXTO Y LIMITACIONES, SITUACION GENERAL

2.5.1. Contexto Nacional - Sector Salud

2.5.1.1. Políticas y planes de salud

El Plan de Desarrollo 1990-1994 se basa en la reasignación de recursos hacia sectores en los cuales los efectos sobre el crecimiento y sobre la distribución del ingreso son permanentes, como la salud, la educación, la construcción de vías y ferrocarriles.

La inversión en salud, además de ser una obligación del Estado, tiene efectos enormes sobre el crecimiento económico. Pese a la importancia de este sector, quizás no existe otro con tantos problemas en materia de cobertura y calidad y con tantas deficiencias institucionales. Se calcula que casi el 35% de la población colombiana no tiene acceso a servicios de salud.

La política de salud para el Plan Cuatrienal, busca dar soluciones a problemas de distinta naturaleza como los que se mencionan a continuación: la insuficiente cobertura de los servicios de salud, la escasez de programas orientados a acciones preventivas y de promoción de la salud, la desarticulación entre la atención a personas y la atención al ambiente, la escasa participación de la ciudadanía en la gestión y el control de la prestación de los servicios de salud, la falta de organización y coordinación entre las entidades prestadoras de los servicios, la ineficiencia en la gestión hospitalaria, los precarios esfuerzos y disponibilidad de recursos para investigación tecnológica, la inadecuada dotación de los centros asistenciales y la persistencia de enfermedades que se pueden prevenir y controlar.

La política de salud se traduce en esfuerzos por incrementar la eficiencia en el manejo y uso de los recursos destinados a la salud, de manera que se garantice la extensión de cobertura de los servicios, priorizando la universalización de la atención del primer nivel.

Sobre esta base se plantean una serie de objetivos dentro del Plan Cuatrienal de Salud 1990-1994:

- Mejorar la capacidad de respuesta de los servicios de salud, en el nivel local, a través del Plan Nacional de Atención Primaria.
- Poner en marcha reformas insitucionales que permitan la organización de servicios eficientes con cobertura universal y de buena calidad.

- Promover que los municipios y departamentos asuman la responsabilidad en la dirección, prestación y financiación de los servicios de salud, mediante el impulso del proceso de descentralización.
- Mejorar la gestión y administración de las instituciones para aumentar su eficiencia en el manejo y uso de los recursos y dar utilización racional a la infraestructura y dotación hospitalaria.
- Desarrollar los servicios hospitalarios de urgencias, de tal manera que se organicen redes de atención, según la oferta y demanda de servicios, que faciliten el transporte y la atención oportuna de los pacientes.
- Aumentar la disponibilidad y calidad de medicamentos esenciales, proporcionar su uso adecuado y mejorar la provisión de insumos básicos de salud en las unidades prestatarias.
- Promover y apoyar el desarrollo de la ciencia y la tecnología, de tal manera que se busquen respuestas tecnológicas acordes con la realidad del sector.
- Promover la modernización curricular en las ciencias de la salud, la actualización y perfeccionamiento del personal institucional y la formación de investigadores.
- Desarrollar una cultura que promueva cambios en el estilo de vida y en los comportamientos individuales y colectivos, de tal manera que estos contribuyan a mantener sana la población.
- Estimular la participación de la comunidad en la gestión de las instituciones de prestación de servicios y en la solución de problemas locales de salud.
- Ampliar los programas de complementación alimentaria, orientados a la población más pobre para reducir la desnutrición severa, y disminuir los niveles y riesgos de desnutrición leve.
- Ampliar la disponibilidad de recursos para el sector y mejorar la administración financiera, para lograr la completa ejecución de la política de salud.

De los objetivos anteriormente mencionados, se desprenden los siguientes programas:

- i. **Mejoramiento de la Eficiencia.** Para lograr este objetivo, se actuará en tres campos: se impulsará y ampliará el alcance de las reformas institucionales y financieras, contempladas en la Ley 10 de 1990; se diseñará y pondrá en marcha un modelo de

- aseguramiento público y finalmente, se desarrollará un programa de mejoramiento de la gestión de las instituciones de salud.
- ii. **Fortalecimiento de los Servicios de Nivel Local.** Con este programa se propone extender la cobertura y mejorar la calidad del primer nivel de atención en salud y lograr un nuevo modelo de prestación de servicios más acordes con las necesidades del país, mediante el cual el personal de salud, se desplaza a atender a la comunidad extramuralmente, teniendo como unidad básica de atención del programa, a la familia.
 - iii. **Desarrollo de los Servicios de Urgencias.** Pretende racionalizar y fortalecer el servicio de urgencias, para mejorar la calidad de la atención, racionalizar la demanda, maximizar la utilización de los recursos y la infraestructura disponible. Para ello se tendrán en cuenta, los siguientes aspectos: reorganización de la red por niveles de complejidad, fortalecimiento de la infraestructura física y actualización y educación al personal vinculado a los servicios de urgencias de las instituciones de salud.
 - iv. **Desarrollo del Recurso Humano.** Incluye la revisión curricular, la capacitación, la actualización y educación continua del personal de la salud.
 - v. **Optimización de la infraestructura hospitalaria y equipamiento médico-hospitalario.** Este programa busca el desarrollo de acciones tendientes a adecuar la infraestructura hospitalaria existente, mediante programas de terminación de obras inconclusas, de actualización tecnológica de la dotación de equipos médico-hospitalarios, de descentralización de su mantenimiento, mediante el desarrollo de programas que mejoren las condiciones en que los hospitales de segundo y tercer nivel prestan sus servicios. Adicionalmente, busca promover la investigación y el desarrollo de tecnologías apropiadas en el campo de la infraestructura hospitalaria.¹⁴
 - vi. **Racionalización de la producción y distribución de medicamentos e insumos.** Con este programa se plantea reestructurar el mercado farmacéutico de acuerdo a las necesidades de la salud, garantizar la disponibilidad permanente de medicamentos esenciales e insumos para los organismos del primer nivel e integrar medicinas alternativas al sistema de salud.

¹⁴Este programa corresponde a las funciones que ejerce el Fondo Nacional Hospitalario, las cuales en el Anexo No. 1.1 se formulan en términos de políticas, programas e instrumentos, dentro del Plan Cuatrienal de Salud 1990-1994.

- vii. **Investigación y Desarrollo Tecnológico.** Con este programa se busca identificar las prioridades de investigación en el sector, promover el recurso humano para la investigación e impulsar la consolidación de la actividad científica en el sector.
- viii **Educación para la Salud.** Consiste en utilizar los medios de comunicación social, para incidir en los conocimientos, actitudes y prácticas en materia de salud, nutrición y uso de medicamentos.
- ix. **Nutrición.** La prioridad de este programa será erradicar la desnutrición severa y disminuir los niveles de desnutrición leves, encontrados en los grupos de población más pobres, y más vulnerables.

2.5.1.2. Sector público. Organización y prestación del servicio público de salud

Actualmente, la prestación de los servicios de salud en el país se rige por la Ley 10 de 1990 que reorganizó el Sistema Nacional de Salud, creado mediante el Decreto Extraordinario No. 056 de 1975.

La dicotomía existente entre el comportamiento ideal, desde la perspectiva normativa, y el comportamiento real del Sistema; la falta de correspondencia entre la política pública y las grandes necesidades de la población; la escasa participación de la comunidad, el retraso en la modernización de las instituciones de salud, la falta de integralidad en las acciones, el escaso desarrollo organizacional, la apatía de los funcionarios, el déficit presupuestal del sector, y la necesidad de ajustarse a la descentralización de la salud, entre otros aspectos, constituyeron los principales factores que llevaron a la renovación institucional del Sistema Nacional de Salud, plasmada en la Ley 10 de 1990.

La nueva Ley reformula el concepto de Sistema, el cual ya no consiste en una articulación administrativa y técnica de la red hospitalaria (puestos y centros de salud, hospitales de primero, segundo y tercer nivel), sino en un conjunto de factores sociales y ambientales que interactúan determinando el proceso de la salud. Dicho Sistema, comprende los procesos de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación y de él forman parte, tanto el conjunto de entidades públicas y privadas del sector salud, así como las entidades de otros sectores que inciden en los factores de riesgo para la salud.

Antes de su reorganización, la dirección del Sistema Nacional de Salud, a nivel nacional, era ejercida por el Ministerio de Salud. A nivel seccional, por 33 Servicios Seccionales de Salud (SSS) que funcionaban en las capitales de los Departamentos, Intendencias y Comisarías. A nivel regional por las Unidades Regionales de Salud (103), que en calidad de pequeños sistemas agrupaban a los hospitales regionales y universitarios existentes dentro de la jurisdicción

territorial de los SSS. Finalmente, a nivel local, por las unidades ejecutoras de los programas de salud, institucionalizadas en aproximadamente 520 hospitales locales y 3000 centros y puestos de salud.

Con la Ley 10, la dirección del Sistema se mantiene en el Ministerio de Salud a nivel nacional, quien formula las políticas y dicta las normas científico-administrativas, de obligatorio cumplimiento para las entidades que integran el Sistema y por las que se rigen los niveles seccionales y locales, en los que se conforman las Direcciones Seccionales y Locales de Salud, respectivamente.

Por lo tanto, las responsabilidades en la dirección y prestación de los servicios de salud, quedan asignadas así: i) A los municipios, directamente o a través de entidades descentralizadas municipales, directas o indirectas, creadas para el efecto o mediante asociación de municipios, para el primer nivel de atención, que comprenden los hospitales del primer nivel, puestos y centros de salud; y ii) A los Departamentos, Intendencias y Comisariás, para el segundo y tercer nivel de atención, que comprenden los hospitales de segundo y tercer nivel respectivamente.

En consecuencia, las entidades locales y seccionales, asumen sus funciones, en un término no mayor de cinco años; mientras tanto, los Servicios Seccionales de Salud del antiguo Sistema de Salud y las Unidades Regionales de Salud, que hoy todavía operan, continúan realizando funciones de asesoría y su personal se reubicará gradualmente en los organismos de dirección y en las entidades de prestación de servicios de salud, que se organicen, en cumplimiento de la Ley 10.

Lo fundamental de la Ley se traduce en los siguientes puntos:

- Se establecen los servicios de salud como servicio público, independientemente del subsector público o privado que los preste, a cargo de la Nación, los cuales serán administrados por ésta en asocio con los municipios, departamentos, intendencias y comisariás. Esto significa que se descentraliza la administración de los servicios de salud en 1009 Alcaldes municipales y 32 Gobernadores, Intendentes y Comisarios, en los niveles primario (hospitales de primer nivel, centros y puestos de salud) y secundario - terciario (hospitales de segundo y tercer nivel), respectivamente.

De esta forma, el Estado se obliga a garantizar el acceso universal a los servicios y a intervenirlos para garantizar su adecuado funcionamiento, calidad y control. Se definen tres tipos de servicios: i) básicos, y ii) de asistencia pública los cuales son definidos como gratuitos y de obligatoria prestación por parte del Estado y iii) de atención de urgencias, la cual se define como obligatoria, independiente de la condición socio-económica de los ciudadanos.

- Se refinancia ampliamente el sector, incrementando los recursos del presupuesto nacional anualmente en cerca de \$20.000 millones de pesos y se obliga a los Departamentos a asumir en forma progresiva gastos hasta por \$15.000 millones. En esas condiciones, la Nación establece un giro directo de recursos a los municipios de no menos de \$50.000 millones de pesos, a precios de 1990. Adicionalmente, la Ley establece el monopolio sobre todos los juegos de apuestas y azar, cuyo producto aumentará los recaudos para salud en el primer año hasta por \$5.000 millones de pesos, recursos que beneficiarán directamente a los entes regionales y locales.
- Se establece la carrera administrativa para 40.000 funcionarios oficiales del sector salud.
- Se moderniza la administración hospitalaria, exigiendo un manejo estricto de la contabilidad de costos y de sistemas de control de gestión, incorporando además, la participación comunitaria y municipal en sus organismos de dirección.

2.5.1.3. Financiamiento del sector salud

La disponibilidad de recursos con que cuenta el sector salud para la prestación de servicios, tiene diversas fuentes de financiamiento, que a continuación se especifican y que se orientan a atender tres sectores principalmente:

- **Atención a las personas.** Los recursos se destinan a la recuperación, promoción de la salud y rehabilitación de las personas. Comprende subprogramas como atención directa (consulta, hospitalización, enfermería, odontología), y acciones de bienestar o asistencia social.
- **Atención al ambiente.** Este programa canaliza sus recursos hacia la preservación del ecosistema teniendo en cuenta los factores de riesgo y daños que lo alteran, con el fin de que la comunidad utilice elementos para generar vida y desarrollo. Está compuesto por los sub-programas de acueductos y alcantarillados, de servicios varios (plazas de mercado, mataderos y basuras) y de saneamiento ambiental, (vivienda, control de alimentos, control de zoonosis, sanidad portuaria y control de vectores).
- **Infraestructura.** Este programa destina sus recursos al financiamiento de las inversiones necesarias para los programas anteriores a fin de asegurar su normal ejecución y operación.

Financiamiento total por origen y concepto

a. Financiamiento interno

Las fuentes de financiamiento de origen interno para el sector salud, corresponden a los aportes del gobierno (aportes nacionales, departamentales y municipales); en el Cuadro 2.26 se puede analizar el comportamiento de las diferentes fuentes en la década de los 80.

- **Aportes Nacionales:** son aquellos recursos provenientes del sector central y los establecimientos descentralizados, dispuestos a través de la ley del presupuesto anual de la Nación y constituyen el porcentaje más alto de participación con respecto al total del financiamiento interno, junto con los aportes obrero-patronales.
- **Aportes Departamentales:** están constituidos por los recursos provenientes de las rentas cedidas por la Nación a los Departamentos (licores, beneficencia, lotería, impuesto a la cerveza, chance, etc) y ocupan, en promedio, el quinto lugar frente al total del financiamiento interno.
- **Aportes Municipales:** corresponden a los recursos provenientes de las rentas cedidas por la Nación a los municipios; además de estos aportes presupuestales, tienen el impuesto de registro y anotación y el impuesto de valor agregado (IVA). Los aportes municipales representaban aproximadamente en promedio un 2% (sin IVA) de participación frente al total del financiamiento interno.
- **Aportes Obrero-Patronales :** ocupan el segundo lugar con respecto a las demás fuentes de financiación interna y corresponden a los recaudos del Instituto de Seguros Sociales y de las Cajas de Previsión, provenientes de las empresas, cuyos trabajadores están afiliados a dichas instituciones.
- **Ventas de Servicios y Rentas:** son los ingresos provenientes del cobro de la prestación de servicios y las rentas corresponden a la explotación de la capacidad instalada (arrendamientos y rendimientos financieros).
- **Crédito Interno:** está conformado por los bonos de deuda pública y los préstamos bancarios. Los recursos obtenidos por este concepto deben ser destinados a inversión.

b. Financiamiento externo

- **Créditos Externos** : son los préstamos otorgados por organismos internacionales de crédito o por las entidades gubernamentales de otros países; Constituyen la fuente más importante de la financiación externa, pues en promedio representa más del 89% frente a las donaciones externas y a la asistencia técnica.

El financiamiento externo no ha tenido una participación muy significativa frente al financiamiento total; la tendencia ha sido decreciente durante la última década; el rubro de mayor significación lo ocupa el Crédito con 85.57%, seguido de donaciones (12.63%) y asistencia técnica (1.8%). Dicha participación anual externa sólo representa en promedio un 5% frente al financiamiento total.

Las donaciones y la asistencia técnica han venido disminuyendo paulatinamente en los últimos períodos. Durante 1975, las donaciones constituían el 17.1% frente al total del financiamiento externo, disminuyendo al 2.83% en 1984. La asistencia técnica, después de representar el 3.55%, decrece hasta 0.02% en 1984.

2.5.1.4. Participación del sub-sector privado

El sub-sector privado está integrado al Sistema de Salud y dentro de éste prestan servicios de salud las entidades o instituciones privadas de seguridad social y las cajas de compensación familiar; las fundaciones o instituciones de utilidad común, las corporaciones y asociaciones sin ánimo de lucro y las personas privadas naturales o jurídicas.

La Ley 10 de 1990, establece que las entidades que presten servicios de salud dentro del sub-sector privado, pueden asociarse con entidades públicas para utilizar mejor su infraestructura, compartir la atención conjunta a sus beneficiarios por zonas geográficas y especialmente, la Ley autoriza a que entidades nacionales destinen recursos a fondos comunes que permitan la prestación de servicios indiscriminadamente a toda la población a menor costo.

De esto se trata la integración funcional entre las instituciones que prestan servicios de salud, no importa su naturaleza jurídica, que pese a no ser obligatoria, la política nacional busca estimularla, mediante beneficios como dotaciones, contratos y programas de formación a las entidades que contraten y se asocien con el Estado para prestar servicios de salud.

De otra parte, dado que la nueva Ley establece que los servicios de salud constituyen un servicio público, así sean prestados por hospitales públicos o clínicas privadas, estos están controlados por el Estado en la calidad, garantía de acceso de la población y en sus tarifas.

CUADRO 2.26

PROYECTO MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD 1992 - 1996

SUB-SECTOR PUBLICO DE SALUD

FINANCIACION DEL GASTO
(millones de pesos)

FUENTE	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990
1. Aportes Nacionales	3,618	4,649	3,948	4,123	3,872	3,917	3,865	4,406	4,411	5,374	5,225
1.1 Funcionamiento	2,524	2,981	2,948	3,202	3,178	3,031	2,975	3,388	3,626	4,057	3,917
- Situado Fiscal	1,322	1,842	1,962	2,063	2,065	2,276	2,029	2,754	2,869	3,163	3,157
- Otros	1,202	1,139	986	1,139	1,113	755	946	634	757	894	760
1.2 Inversión	1,094	1,668	1,000	921	694	886	890	1,018	785	1,317	1,308
1.2.1 R. Ordinarios	908	830	846	804	515	387	434	438	698	938	892
1.2.2 Crédito externo	186	838	154	117	179	499	456	580	87	379	416
2. Rentas Seccionales	2,236	2,420	2,490	2,783	2,849	2,823	2,945	3,049	3,519	3,375	3,565
2.1 Impuestos	1,231	1,299	1,359	1,625	1,558	1,472	1,557	1,737	2,045	1,980	2,222
Licores	292	355	321	318	304	247	395	540	760	829	958
Cervezas	323	383	432	459	421	418	432	476	515	466	561
Beneficiencia y lot.	615	504	518	549	450	430	431	410	424	362	382
Apuestas perman.				104	131	113	94	107	116	114	113
Registro y anotación	1	57	88	195	252	264	205	204	230	209	208
2.2 Dpto. Municipio y Departamento	142	114	118	111	96	102	59	54	132	174	167
Municipio	117	114	118	111	95	74	52	48	50	70	67
Otros	nd.	nd.	nd.	nd.	1	8	1	2	75	99	95
Otros	25	nd.	nd.	nd.	nd.	20	6	4	7	5	5
2.3 Venta de Servicios	863	1,007	1,013	1,047	1,195	1,249	1,329	1,258	1,342	1,221	1,176
3. Rentas propias entid.	15	43	37	34	42	49	45	23	31	29	23
4. Total Salud	5,869	7,112	6,475	6,940	6,763	6,789	6,855	7,478	7,961	8,778	8,813

FUENTE: DNP-DISAL. Cálculos con base en el cuadro No. 23

Finalmente, la Ley prevee también que las clínicas y fundaciones privadas, deben atender obligatoriamente a todos los ciudadanos que demanden servicios de urgencias independiente de su situación socio-económica. En caso de insolvencia económica del ciudadano, el Estado o las compañías de seguros, reconocerán los costos a tarifas preestablecidas.

2.5.1.5. Organización y gestión gerencial del sector

La Ley 10 de 1990 se estructuró a partir de un diagnóstico en el cual el Sistema Nacional de Salud expresaba serias deficiencias, no solo por falta de recursos financieros, sino, porque los escasos recursos existentes, se manejaban desordenadamente y con una baja eficiencia gerencial.

La nueva Ley moderniza la administración hospitalaria, exigiendo el manejo estricto de contabilidad de costos y de sistemas de control de gestión, incorporando además, la participación comunitaria y municipal en sus organismos de dirección. En lo sucesivo, los directores de los hospitales, además de ser profesionales de la salud, tendrán que acreditar formación en los campos de la administración y gerencia hospitalaria.

Los hospitales tendrán además, un "comité científico", integrado por médicos y otros profesionales de la salud, el cual asesorará al director en todas las decisiones de orden científico y técnico de la atención médica y la selección de tecnologías, insumos y personal especializado.

2.5.2. Contexto Regional y Local: Organización y Financiamiento

Con el Acto Legislativo No. 1 de 1986 que estableció la elección popular de alcaldes, se dió origen a la vida jurídica de los municipios y fue indispensable una reestructuración del Sistema Nacional de Salud desde el punto de vista político, administrativo, técnico y fiscal, que diera respuesta al proceso de descentralización.

Mediante la Ley 10 de 1990, se trazaron los lineamientos de políticas y de manejo administrativo y fiscal del sector de la salud en todo el territorio nacional, en el marco del proceso de municipalización, entendida como la ampliación de la autonomía local, del fortalecimiento y ampliación del régimen democrático.

En cuanto a las seccionales a nivel de Departamentos, Intendencias y Comisarías, se crean las Direcciones Seccionales del sector salud, cuya función básica es la de prestar asistencia técnico-administrativa y financiera a los municipios y a las entidades e instituciones que presten servicios de salud en el territorio de su jurisdicción.

La descentralización administrativa de la salud hacia los Departamentos, significa que los Gobernadores y demás Jefes Seccionales, responden por la política regional de salud y presiden por lo tanto, 156 hospitales de 2o. y 3er nivel de atención.

Para su financiación cuentan con el 50% de los recursos del Situado Fiscal (ver cuadro No. 2.27) destinados a través del presupuesto nacional a la salud, que en 1989 fue de \$ 52.000 millones de pesos, pero deben controlar y mejorar los recaudos y asignaciones que se hagan por concepto de loterías, licoreras e impuesto de registro y anotación. Estos recaudos ascienden casi a \$ 40.000 millones de pesos, con destino a los hospitales de mediana y alta complejidad.

En el término de cinco años, los Departamentos tendrán que asumir, con cargo a sus propios recursos, la financiación parcial de las Direcciones Seccionales de Salud que se organicen, sean Secretarías Departamentales de Salud, o Institutos Seccionales de Salud, liberando así, cerca de \$15.000 millones de pesos de origen nacional, hoy destinados al funcionamiento de los Servicios Seccionales de Salud, los cuales desaparecen, y podrán reorientar hacia los hospitales para la prestación de los servicios de salud.

Las Direcciones Seccionales de Salud, se fortalecerán mediante la creación de Fondos Seccionales de Salud, únicos autorizados para recibir y transferir los recursos destinados a la prestación de servicios de salud en el nivel seccional a los hospitales.

Con respecto al municipio, es la Dirección Local del sector salud, quien adelanta la formulación y adaptación de planes, programas y proyectos del sector en su jurisdicción, en armonía con las políticas, planes y programas nacionales o de las entidades territoriales correspondientes. Por lo tanto, los Alcaldes se harán cargo de la política local de salud y presidirán la administración de cerca de 3000 centros y puestos de salud y de más de 500 hospitales del 1er. nivel de atención.

Para su financiación, los municipios recibirán la mitad de los recursos del Situado Fiscal destinados a salud, el cual asciende para 1991 a cerca de \$130.000 millones de pesos, mediante la distribución del Situado Fiscal, en función de su población, de su categoría socio-económica y estímulo a los aportes locales, favoreciendo a los más pobres.

Se crearán los Fondos Locales de Salud, que en calidad de cuenta especial del presupuesto, recibirán los giros de la Nación y de los Departamentos.

CUADRO No. 2.27

PROYECTO MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD 1992 - 1996

PROYECCIONES* DEL NUEVO SITUADO FISCAL
(En millones de pesos)
SUB-SECTOR PUBLICO DE SALUD
COLOMBIA 1985 - 1994

AÑOS	NUEVO SITUADO FISCAL (1)		ACTUAL SITUADO FISCAL (2)		DIFERENCIA (1-2)
1985	19,747		17,233		2,514
1986	28,573	44.7%	24,147	40.1%	4,426
1987	39,942	39.8%	32,619	35.1%	7,323
1988	51,873	29.9%	40,993	25.7%	10,880
1989	68,812	32.7%	54,994	34.2%	13,818
1990	94,134	36.8%	73,582	33.8%	20,552
1991	128,776	36.8%	98,453	33.8%	30,323
1992	176,165	36.8%	131,730	33.8%	44,435
1993	240,994	36.8%	176,255	33.8%	64,739
1994	329,679	36.8%	235,829	33.8%	93,850

* Las proyecciones se calcularon en el promedio aritmético de las tasas de crecimiento durante 1985-1989.

FUENTE: Minsalud / Acomsap, Memoria Analítica de la Ley 10 de 1990 - Reorganización del Sistema Nacional de Salud, pag. 371, Bogotá, Octubre 1990.

Organizaciones comunitarias. La responsabilidad de la comunidad en el cuidado de su propia salud, a través del autocuidado y la necesaria participación en el proceso de planeación y gestión de los sistemas y entidades públicas de salud, permite un ejercicio real de participación social que conlleva la posibilidad de que las comunidades asuman conciente y responsablemente la acción sobre los factores que constituyen riesgo de muerte, enfermedad o incapacidad y lo que es mas importante, inicien actividades de promoción de la salud.

La participación ciudadana establecida por la Ley 10/90 y por el Decreto 1216 de 1989 y 1416 de 1990, reconoce la importancia de la cogestión y autocuidado de la salud.

Las organizaciones comunitarias están integradas por los Comités de Participación Comunitaria en todos los organismos o entidades de prestación de servicios de salud de los niveles primario y secundario de atención en salud, conformados por el Alcalde Municipal, Jefe de la Dirección de Salud de la entidad territorial, un delegado del Concejo Municipal o Distrital, de la Asamblea Departamental o del Concejo Intendencial o Comisarial, un delegado de la Junta Metropolitana y un representante de las siguientes organizaciones : Juntas Administradoras Locales, organizaciones de la comunidad, asociaciones y gremios de la producción, entidades que presten servicios de salud, el sector educativo, las Universidades y la Iglesia.

Los 4.000 Comités de Participación Comunitaria, creados mediante el Decreto 1216 de 1989, y reorganizados mediante Decreto 1416 de 1990 por el cual se dictan las normas relativas a la organización y establecimiento de las modalidades de participación comunitaria en la prestación de servicios de salud, entrarán a cumplir las funciones de Juntas Directivas de puestos, centros de salud y hospitales locales.

Lo anterior significa que, a partir de la vigencia de la Ley 10, 11 hospitales universitarios, 107 hospitales regionales y 505 locales, integran sus "Juntas Directivas", de tal forma que se integren en una tercera parte, por los profesionales de la salud, en otra, por los funcionarios públicos y dirigentes políticos del municipio y del departamento y, una última, por representantes de los usuarios.

2.6. CAMBIOS EFECTUADOS EN EL MINISTERIO DE SALUD A PARTIR DE LAS REFORMAS EN LA ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL Y LA PLANTA DE PERSONAL

2.6.1. Antecedentes

En el año de 1989, el entonces Ministro de Salud, doctor Eduardo Díaz, contrató el análisis y proyecto de transformación de la estructura orgánica del Ministerio, constituida básicamente por el Decreto No. 121 de 1976 y otras normas dispersas que no permitían la articulación de las funciones administrativas con los objetivos técnicos propios del Ministerio. La planificación se limitaba a preparar la distribución de los recursos financieros provenientes del presupuesto nacional pero no había coordinación entre la unidad y los ámbitos técnicos y administrativos que permitieran presentar la acción del Ministerio en forma ordenada y armoniosa.

Mediante la utilización de recursos del Crédito Banco Mundial, se solicitó la elaboración de un proyecto de acto administrativo que conjugase las acciones de carácter administrativo con las de carácter técnico y ambas pudieran ser producto de una planificación general que reflejara una gestión coordinada, cuya meta fuera el cumplimiento de los objetivos propios del Ministerio en desarrollo de las obligaciones que la Constitución y las leyes le señalan a la Nación.

El grupo de expertos contratados a través del Programa de Consolidación del Sistema Nacional de Salud trabajaron dicho proyecto con la colaboración de algunos funcionarios del Ministerio y la constante asesoría de la Oficina de Organización y Métodos, la Secretaría de Administración Pública de la Presidencia de la República. El producto de dicha labor culminó con la expedición del Decreto 1471 de 1990 durante la administración del Presidente Barco y es actualmente el que establece la estructura orgánica del Ministerio de Salud.

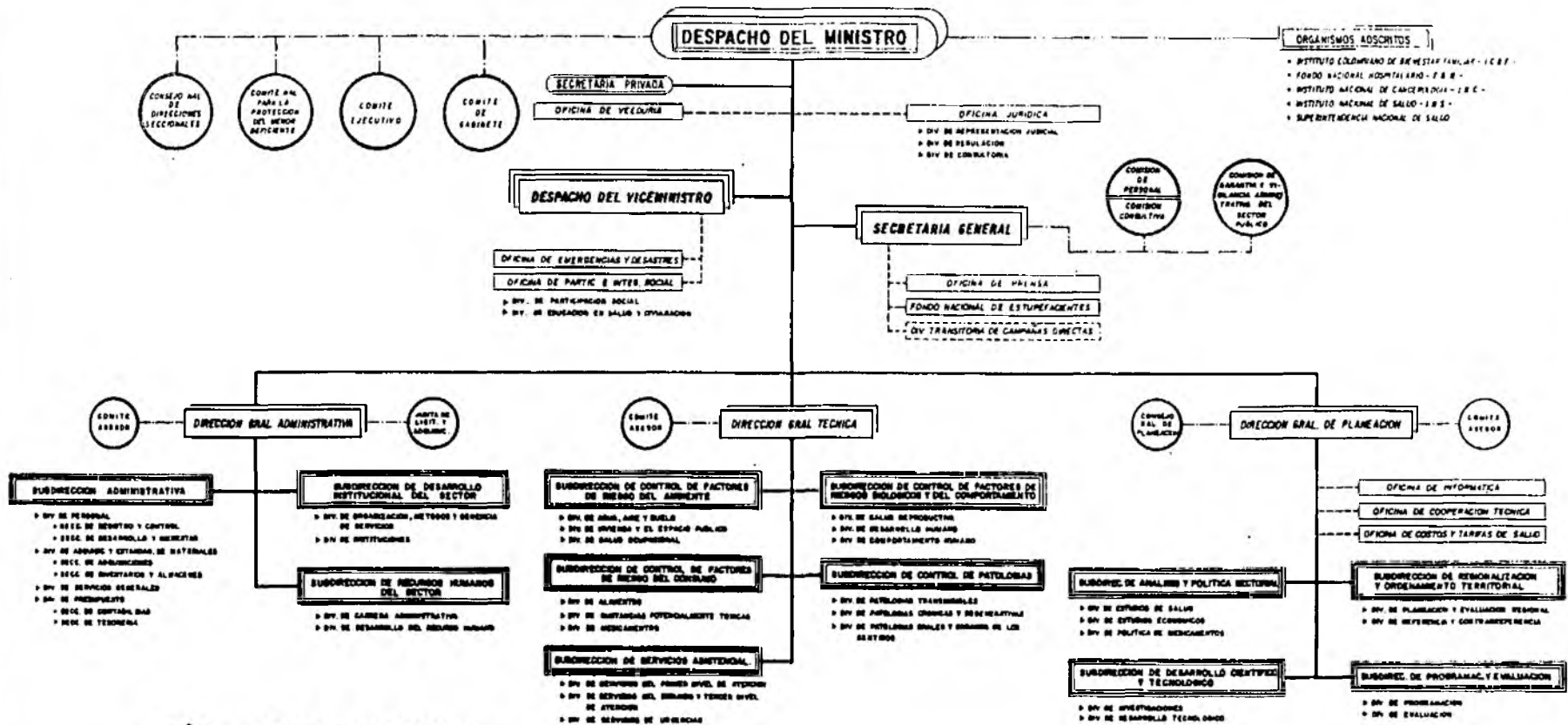
La mencionada providencia introdujo cambios fundamentales en la forma de gestión dentro y fuera del Ministerio. Vale la pena destacar las principales modificaciones introducidas por el Decreto 1471, frente a la organización anterior.

Primera

El Ministerio pasa de ser una entidad operativa y enmendadora de acciones desarrolladas mediante el método de ensayo y error, a ser un ente formulador de políticas y de normas, un planificador estratégico e intérprete de la nueva concepción de salud inspirada básicamente en la prevención y en el desarrollo integral de labores de atención primaria.

REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE SALUD



CARTA DE ORGANIZACION
DECRETO 1471 / 90



CONVENCIONES -

AUTORIDAD DE LINEA	—————
UNIDAD ASIGNADA	-----
LINEA DE ADSCRIPCION	-----
ORGANISMOS DE ASESOR / COORD.	-----

Segunda

Le introduce la racionalización de los recursos tanto humanos como financieros, mediante la planificación participativa de las diferentes áreas del Ministerio, lideradas personalmente por el Ministro.

La Dirección Superior tiene permanente comunicación con los expertos de cada disciplina y tanto a través del comité directivo, como de comités sectoriales pueden concentrarse las diferentes actividades a desarrollar con la concurrencia de los diferentes estamentos del Ministerio.

Tercera

Se modifica fundamentalmente la megalocefalia de la Secretaría General, en la cual se concentraban actividades tan diversas como la revisión, proyección y refrendación de los actos administrativos del Ministerio, hasta la coordinación de múltiples tareas de carácter científico a las cuales poco o nada podía aportar una dependencia de carácter eminentemente administrativo, cuyas funciones están claramente señaladas en el Decreto Ley 1050 de 1968 y se ratifican en el Decreto 1471 de 1990.

Siguiendo los lineamientos de la Ley 10 de 1990 se descentralizan las actividades tanto de proyección interna como externa del Ministerio con la creación de tres Direcciones Generales que internamente agrupan temas sectoriales y a su vez dependencias que puedan desarrollarlos con eficiencia y especialización.

En el esquema anterior se contemplaban nueve pequeñas Direcciones Generales que presentaban un manejo casi autónomo de los recursos tanto humanos como financieros y no coordinaban sus acciones sino que desarrollaban labores de tipo casi siempre científico y en las cuales la toma de las decisiones se encontraban en cabeza del respectivo Director, hecho que ocasionaba conflictos de intereses entre una y otra área, generaba acciones repetitivas y no tenían otra instancia que la Dirección Superior, la cual pocas veces era consultada trayendo como consecuencia un gran desorden y una total descoordinación de la gestión.

La estructura actual define claramente las funciones y los temas de interés de la Dirección General Administrativa, que se ocupa no solamente del manejo administrativo interno del Ministerio, sino también de la coordinación nacional de las instituciones, los recursos humanos y la carrera administrativa entre otros. La Dirección General Técnica que fue concebida sobre la base del control de factores de riesgo, tanto ambientales, patológicos, del desarrollo humano, del consumo y la previsión de las unidades asistenciales que a través de sus diversos niveles deben esbozar políticas de atención primaria y hospitalaria según el caso.

La Dirección General de Planeación acompaña las actividades de las Direcciones anteriores en términos de establecer conjuntamente las prioridades en el desarrollo de los objetivos generales del Ministerio, labor que es concertada con las demás Direcciones en el sentido de proyectar los recursos financieros, tanto del Presupuesto Nacional como de la Corporación Técnica; adelantar los estudios pertinentes y programar y evaluar las acciones derivadas de la planificación.

Cada una de las Direcciones Generales obra como coordinadora y concatenadora de las labores especializadas que se agrupan en cada Subdirección, cuyo jefe es el líder responsable de las tareas asignadas mediante la Carta Organizacional a las diferentes Divisiones que se encuentran bajo su cargo.

Son las mencionadas Divisiones los piñones que constituyen el engranaje planificador, científico y administrativo que mueve al Ministerio y lo mantiene en permanente capacidad de responder a los retos cotidianos que la responsabilidad sobre la salud del país implica. Es allí donde a través de los profesionales especializados y universitarios, se conceptúa, se proyecta y se ejecuta el desarrollo de las políticas generales y específicas promulgadas por el Despacho del Ministro.

Cuarta

El rediseño de las Oficinas Asesoras introduce novedades en el sentido de atender los asuntos de la calidad de la gestión, la moralización del ámbito general del Ministerio y el seguimiento del buen desempeño de todos los funcionarios que forman parte de la Planta de Personal del Ministerio, a través de la Oficina de Veeduría y también el fortalecimiento de la gestión legal y jurídica, haciendo énfasis en que el Ministerio se encuentre siempre representado en los procesos de cualquier carácter ante las autoridades administrativas o judiciales.

También el Despacho del Viceministro coordina oficinas de la importancia de la prevención y atención a emergencia y desastres cuyos criterios son establecidos directamente desde la Presidencia de la República a través de la respectiva Oficina que en el sentido mencionado asesora al Señor Presidente de la República.

Reporta también al Viceministro la Oficina de Participación e Integración Social, alma y nervio del desarrollo de las actuales políticas que el Gobierno Nacional viene implementando hace algunos años, en el sentido de capacitar a las comunidades para que sean dueñas de su propio destino y aporten ideas, desarrollen actividades y se apropien de la interventoría y vigilancia que los programas de salud requieren a lo largo y ancho del territorio nacional.

Cambio también importante es el responsabilizar a la Secretaría General de la coordinación de las acciones de la Unidad Administrativa Especial del Fondo Nacional de Estupeficientes, la Oficina de Prensa, en sus aspectos administrativos y de comunicación cuya labor debe responder a las políticas informativas inspiradas por el Ministro y concertadas con las diferentes dependencias que hacen divulgación y capacitación de sus diferentes programas. También tiene a su cuidado la supervisión y el apoyo a las labores de la División de Campañas Directas la cual viene siendo proyectada como una Unidad Administrativa Especial, fortaleciendo su nivel y dotándola de los instrumentos apropiados para la planificación, manejo y control de las enfermedades tropicales en Colombia. Se encuentra listo el Proyecto de Ley que crea la mencionada Unidad Administrativa Especial para ser presentado a consideración del Honorable Congreso de la República.

Quinta

Para lograr la aplicación del Decreto 1471 de 1990 se hizo necesaria la modificación de la Planta de Personal sobre la base de una adecuación de los cargos tanto en sus características cualitativas, cuantitativas, como de remuneración. Para lo anterior se requirió la participación de entidades estatales tales como el Departamento Administrativo de Planeación Nacional, el Ministerio de Hacienda, el Departamento Administrativo del Servicio Civil y el Comité Nacional del Control del Gasto Público, ante los cuales se obtuvieron los respectivos conceptos favorables para la promulgación del Decreto 1386 del 29 de Mayo de 1991. En dicha providencia se establecen 951 cargos con un costo básico mensual de \$ 149.539.018.77 distribuidos en 37 denominaciones, contra 1020 cargos y 80 denominaciones.

La estructura anterior requería un total de 124 Jefaturas versus la actual de 57 Directivos lográndose un liderazgo claro ante las responsabilidades asignadas a menos dependencias con mayor capacidad técnica para el desarrollo de los objetivos propios del Ministerio; igualmente se observa que las posibilidades para antiguas actividades desarrolladas por 227 profesionales en la actualidad y con las nuevas funciones se cuenta con un equipo de 265 profesionales.

De otra parte, cabe resaltar que anteriormente la Planta de Personal tenía una estructura rígida en su distribución, la cual no permitía asignar los recursos adecuados a la modificación de funciones y actualización de políticas que en el momento si es viable gracias a que en el Decreto 1386 de 1990 se asignan con denominación propia los cargos correspondientes a las jefaturas y los demás se encuentran dependiendo directamente de la Secretaría General para ser distribuidos mediante acto administrativo suscrito por el Ministro y dicha dependencia a las áreas que de acuerdo con sus funciones, requerimientos y modalidades así lo exijan.

Finalmente se señala el riguroso procedimiento aplicado para la vinculación de antiguos y nuevos funcionarios mediante concursos de méritos exigidos en la legislación colombiana bajo la modalidad de Carrera Administrativa, con la cual se garantiza no solamente la cualificación de éstos sino su permanencia al servicio del Estado.

2.7. RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD

2.7.1. Caracterización

La política de Recursos Humanos debe tener un fundamento ideológico o al menos conceptual, congruente con la moderna concepción de la salud que incorpora acciones educativas tendientes a modificar el comportamiento social, entre otras. Igualmente, ha de aceptar la concepción de sociedad o comunidad global, en donde los agentes de salud son parte vital y motora de la misma comunidad, que genera iniciativas de integración y progreso.

La política de Recursos Humanos ha de tener un ámbito nacional de cumplimiento por todos los organismos del Sistema Nacional de Salud y de otros sistemas directamente relacionados, como lo son el educativo y el laboral. En consecuencia debe expresarse a través de normas nacionales expedidas por la Presidencia de la República y los ministerios interesados.

Organizativamente, debe materializarse en un cuerpo rector que reúna los intereses sectoriales que confluyen en la concepción de los Recursos Humanos para la Salud.

Así mismo, el desarrollo de la política requiere de un medio cultural que caracterice al sector o que proyecte socialmente una imagen de eficiencia, limpieza y efectividad de los servicios, que fomente en sus trabajadores valores personales como la "iniciativa creadora", para resolver los problemas de salud individuales y sociales en el mismo ambiente en donde se generan, antes que "la obediencia ciega" de la norma centralista e impersonal.

2.7.2. Campos de Aplicación

La acción política recae en toda la sociedad nacional conformada por la población en general y por los servicios de la salud en particular, habida cuenta de que unos y otros conforman los recursos humanos para la salud.

En consecuencia, participan como elementos activos quienes conforman el sector educativo en todos sus niveles, en su condición de formadores del recurso humano y el sector salud como empleador de los recursos.

2.7.3. Definición de la Política

La política de Recursos Humanos para la salud propone acciones que deberán surtir efecto en el mediano y largo plazo, así como en el corto plazo.

En el mediano y largo plazo ha de modificarse el comportamiento social de los Colombianos, como consecuencia de acciones del presente para la formación de los jóvenes estudiantes de las escuelas y colegios en prácticas sanitarias que les permitan: conocer los riesgos que para la salud individual y colectiva hay en su comportamiento y en el ambiente, prevenirlos, controlarlos y actuar frente a la enfermedad si ésta se presenta.

En el corto plazo: se debe propiciar el pleno empleo de los recursos humanos para la salud, reduciendo los desequilibrios que cuantitativamente se dan entre la formación, el empleo y las necesidades de personal, en un clima organizacional que estimule la protección al trabajador, la iniciativa creadora y el perfeccionamiento del trabajador de la salud.

2.7.4. Estrategias

Consecuentemente con los campos de trabajo señalados, hay dos líneas de acción estratégicas para el desarrollo político.

La primera está relacionada con la integración de los procesos docentes y asistenciales que ampliamente interpretados conduzcan, de una parte, a modificar el desempeño social de los Colombianos para adoptar una forma de vida sana y más digna; y de otra, a proveer trabajadores de la salud altamente calificados y sensibilizados con los problemas de salud. Implica la participación del sector educativo a todo nivel (primario, secundario y universitario) y de la universidad con todas sus facultades y posibilidades técnicas para actuar sobre los problemas causales de la salud.

La segunda, parte del concepto de integración sistémica de todos los organismos proveedores de servicios para resolver los problemas de salud de los municipios. Para lograrlo, se hace necesario poseer unidad de criterios e identificación política para conducir el proceso social en salud. El mecanismo de capacitación apropiado sería el de organizar microsistemas operativos a nivel municipal para la educación y orientación operativa de todos los trabajadores de la salud, sin importar el organismo de salud al cual pertenezcan, logrando así una mayor economía y eficacia en el uso de los recursos para la capacitación.

De igual manera constituyen objetivos de los microsistemas o sistemas municipales de salud: La tecnificación de la gestión; la evaluación del desempeño profesional y el desarrollo armónico de los recursos humanos para asegurar su calidad; la investigación de nuevas formas de ejercicio profesional y la distribución equilibrada de los recursos de personal.

2.7.5. Cursos de Acción

2.7.5.1. Identificación

- a. Regularización del mercado laboral para equilibrar las fuerzas de oferta y demanda de empleos, en función de las necesidades del país y modelo de servicios adoptado.

Exige acciones tanto en el sector productor de recursos para regularizar la matrícula y egresos en todas las facultades de ciencias de la salud, como en el sector empleador para crear empleo permanente y adoptar nuevas formas de ejercicio profesional digno y productivo.

El empleo temporal debe cumplir, además del fomento de la función social para la cual fue concebido, una función de promoción del empleo permanente, comenzando por las entidades no oficiales.

En la medida en que la actual modalidad de servicio social obligatorio se ha extendido a todos los subsectores de salud, sería conveniente, en lo sucesivo, aprobar nuevas localidades que cumplan fines sociales hasta por dos años consecutivos siempre y cuando en el tercer año el nombramiento se haga con carácter permanente.

Además:

- La transformación en empleos permanentes de todos aquellos cargos de jefatura que actualmente son desempeñados por profesionales en servicio social obligatorio.
- La búsqueda de estímulos que permitan vincular al profesional en servicio social a la actividad económica de los pequeños y medianos municipios, como la extensión de los beneficios de las leyes de fomento agropecuario que actualmente se dan para los profesionales de ese campo.

- La participación del fisco municipal en el financiamiento de programas de salud mediante el nombramiento de profesionales, de servicio social obligatorio o de carácter permanente.

De otra parte se requiere el fomento de programas educativos para formar tipos de personal que en la actualidad se necesitan, como los técnicos laboratoristas, los tecnólogos en instrumentación médico quirúrgica, citotecnólogos, administradores de áreas de recursos, administradores hospitalarios, etc...

- b. Definición y desarrollo de una "Cultura corporativa de la salud" que identifique entre sí a los trabajadores de la salud y caracterice al sector en la sociedad. Significa el desarrollo de una mentalidad sustentada en "principios políticos" y "valores personales y profesionales" específicos de quienes pertenecen al sector.

Desarrollar una "cultura corporativa de la salud" exige cambios de mentalidad tanto en quien provee como en quien los recibe.

En el primer caso, se requiere la presencia de un sistema de gestión de personal y de servicios que estimule la creatividad productiva y el espíritu de servicio a los demás; y

En el segundo caso, el fomento de la interpretación positiva del concepto de la salud o el deber ético, social y religioso de mantenerse sano, mediante la adopción de acciones integradas sobre el ambiente y los hábitos sociales e individuales de la población, generados por los propios habitantes de una región .

Implica la incorporación de todas las instituciones comunitarias en un esfuerzo común por conocer, eliminar o controlar los riesgos que hoy enfrentan para la conservación de su salud.

En otras palabras, consiste en adoptar una estrategia de salud que integre el comportamiento social a la expansión y mejora de servicios de salud a las personas y el ambiente.

- c. Conformación de una estructura de gestión de personal que garantice. distribución geográfica y administrativa adecuada del personal para atender las demandas de la comunidad, comportamiento eficaz, eficiente y leal del trabajador de la salud con las políticas nacionales de servicio y con los intereses de la sociedad a la cual pertenece, eficiencia en el empleo de los recursos y oportunidades del medio, protección al trabajador eficiente y estímulos equitativos con su esfuerzo.

Posiblemente sea muy difícil llegar a tener un régimen único de personal para el trabajador de la salud. Sin embargo, es necesario poseer una reglamentación técnica para seleccionar, nombrar, clasificar y promover al funcionario según sus méritos.

Podría investigarse sobre la conveniencia de un escalafón nacional del trabajador de la salud que asegure la calificación apropiada en quienes aspiran a vincularse al sector, o sistema de acreditación del médico para quienes ya están incorporados, garantizando idoneidad en el trabajador de la salud.

d. Adopción de un modelo educativo integrador de esfuerzos y recursos para servir mejor los intereses y objetivos de quienes responden por la salud de un núcleo social.

- Las acciones educativas propuestas se desenvuelven en los siguientes campos de trabajo:

El de la formación Universitaria que requiere del fortalecimiento de los lazos de integración vinculando a la Universidad con todos sus recursos a la práctica de soluciones integrales de salud en comunidades preferidas, e integrando los servicios de salud al afunción educativa en un ambiente equitativo y de sólidas responsabilidades por la función asumida o la modificación del concepto plasmado en el Decreto 1210 de 1978, al parecer limitado al campo de la medicina.

Se requiere, por consecuencia, el fortalecimiento de la calidad científica y humanística del universitario y su capacidad para utilizarla bajo las condiciones que en determinados momentos y circunstancias deba enfrentar; y

El de la capacitación o educación gerencial y empresarial para que cada servicio de salud o institución de servicio posea su propio plan de capacitación, como instrumento indispensable para lograr los objetivos o propuestas de cambio incluidas en su plan general de desarrollo. Implica además, poseer organismos operativos para el desarrollo del plan, aquí cabe señalar el rol que deben de jugar las Escuelas de Formación del Recurso humano (Centra, Cerca y Ceads) para dar algunos ejemplos; que además de cumplir la función anotada, formen los tipos de personal que complementen a los profesionales de la salud en las responsabilidades sociales que exige la interpretación del concepto de salud integral.

- Los Centros de formación del Recurso Humano y la Universidad, en la medida en que adopten las tecnologías apropiadas de la capacitación e integre sus programas de capacitación a los objetivos de las instituciones de salud y de los propios trabajadores de la salud, estarán integrados entre sí para conformar una

red de servicios orientada y sustentada y sustentada tecnológicamente por el nivel central y "nodos" regionales de mayor desarrollo como los Centros de Formación del Recurso Humano en salud antes mencionados.

- La ejecución de la acción educativa debe darse preferencialmente en las propias regiones y municipios, en forma tal que puedan participar en ella todos los trabajadores de la salud que allí se ubican, independientemente de su vinculación o pertenencia institucional.
- La tecnología predominante ha de ser la de "solución de problemas" de organización o del desempeño del trabajador de la salud, en función del logro de los fines empresariales y gerenciales de la misión encomendada.
- Todos los cursos de acción que se anotan en este aparte como los que resulten como consecuencia de las investigaciones que se recomiendan como etapa básica del proceso, deberán ser sujeto de "proyectos específicos" hechos por especialistas en la materia.

2.7.6. Etapas de Desarrollo

Los cuatro "cursos" o "lineas" de acción para operativizar la política de recursos humanos deben estar conformados por etapas sucesivas de trabajo, que implican:

- a. La constitución de una base informativa permanente que garantice la certeza de las decisiones y permita su monitoria o seguimiento.
- b. La comprensión de los resultados del proceso informativo a la luz de los principios que sustentan la política de salud y recursos humanos, y adopción de decisiones sustentadas por elementos legales que aseguren su interpretación y obliguen a su cumplimiento.
- c. La adopción de una estructura administrativa eficiente o la definición de recursos , procedimientos y responsabilidades para cumplir la norma legal.
- d. Un sistema de dirección/control que asegure el cumplimiento.
- e. La definición de indicadores que nos permitan detectar el cambio logrado en la dirección y ritmo apropiados.

2.7.7. Investigaciones Básicas

En concordancia con la primera etapa del proceso de desarrollo propuesto, se sugiere la conformación de una base informativa suficiente que habrá de integrar procesos estadísticos regulares y resultados de investigaciones especialmente realizadas para conocer aspectos particulares en cada línea de trabajo o curso de acción. En consecuencia, se anotan luego los requerimientos informativos generales que permitirían definir y adoptar los citados cursos de acción.

En principio, y para todas las líneas de trabajo, se requiere una base estadística que a través de una serie de indicadores mínimos permita "precisar y monitorear" el comportamiento de los cuatro cursos de acción que caracterizan el campo de los recursos humanos para la salud, dando lugar a lo que pudiera denominarse:

2.7.7.1. Modelo de auditoría de recursos humanos para la salud

Todos los subsectores de la salud deben estar comprometidos con el suministro de los datos que alimente el modelo y que confluirían en una oficina central de análisis que pueda establecer en cualquier momento la situación de los recursos humanos para la salud en el país. De otra parte, el sistema informativo de personal debe estar integrado al sistema informativo general de salud, con los debidos apoyos en cuanto a fórmulas de cálculo o estimación se refiere.

Sin embargo, la información por registros permanentes y por cálculos matemáticos no sería suficiente, sino que habría de complementarse con investigaciones específicas sobre ciertos componentes y áreas que hoy constituyen vacíos informativos a saber:

1. Configuración y funcionamiento del mercado laboral en salud, situación de empleo, desempleo pleno y sub-empleo en sus diferentes formas.
 - Sistemas de contratación de servicios y práctica profesional.
 - Ampliación de la cobertura y calidad de los servicios de salud bajo nuevos modelos de ejercicio profesional, o de la definición de esquemas de servicio bajo hipótesis de empleo pleno de los recursos humanos para la salud.
2. Ideología, políticas y valores que han de conformar la cultura nacional de la salud y la imagen corporativa de sus empresas.

3. Diseño de un sistema de personal que garantice equidad y justicia salarial, estímulo creativo, selectividad y apoyo para los más eficientes y efectivos. Adopción de un sistema complementario de acreditación de méritos.
4. Diseño de un sistema de capacitación permanente, con amplia y efectiva cobertura nacional, apropiado a los requerimientos del personal y las empresas de la salud, con estilo educativo adecuado a las posibilidades de aprendizaje del trabajador en servicio, integrador de los esfuerzos docentes y dicentes en beneficio de la misión comprometida por todos los organismos de salud de la comunidad.

Quizá estas líneas investigativas han de complementarse con otras, resultantes del estudio detallado de los problemas encontrados.

Se cree que una vez se llegaren a formular las decisiones políticas necesarias hay necesidad de transformar los cursos de acción y decisiones en proyectos operativos a cargo de grupos de personal directamente interesado en ello.

2.7.8. Organización

Implantar la política y resultados de la investigación exige un modelo organizativo que permita comprender, decidir y ejecutar apropiadamente.

El modelo organizativo debe tener capacidad de integración horizontal y vertical en torno a la política de salud, en un ambiente de descentralización operativa y desconcentración de la función política. La Subdirección de Recursos Humanos, ha de tener presencia en el nivel seccional, regional y local del sistema a través de una entidad responsable de la ejecución de las funciones educativas y laborales.

- a. El cumplimiento de la función educativa implica poseer capacidad ejecutiva para responder a los requerimientos de capacitación y formación de los organismos de salud. En consecuencia, los servicios de salud deberán tener programas de capacitación cuya base de organización debería ser las actuales Escuelas de Formación del Recurso Humano con sede en el propio servicio de salud y programas transitorios y ambulantes en las unidades regionales de salud.

Para efectos de investigación, planificación, apoyo didáctico y ejecución de programas educativos de mayor complejidad, se prevería la presencia de Centros Regionales de Capacitación, en los cuales las Escuelas de Formación del Recurso Humano jugarían un rol importante.

- b. El cumplimiento de la función laboral o de gestión de personal, hace necesaria la conformación de una estructura que dirija, oriente y provea de instrumentos técnicos a los organismos de salud para los procesos de administración de personal.

Es de anotar que el departamento Administrativo de Servicio Civil, actual director de la carrera administrativa en salud, no posee capacidad operativa a nivel Departamental y Municipal y que si el sector salud pretende tener un régimen de personal a todo nivel deberá desarrollar una estructura semejante.

- c. El tercer elemento de la organización corresponde a la labor investigativa del comportamiento de mercado laboral y fuerza de trabajo, para contribuir con las orientaciones y coordinaciones del caso a la planificación de la educación de la Educación y la creación de empleos y formas de ejercicio profesional apropiadas. Quizá convenga la presencia de una oficina o dependencia.

2.7.9. Oportunidades que propician el cambio

Desde ahora vale la pena señalar como oportunidades de ambiente propiciadoras al cambio.

1. La descentralización política, administrativa y fiscal que le permite a los municipios resolver sus propios problemas de salud
2. La coincidencia de los avances conceptuales de la salud con los principios que orientan el desarrollo de los recursos humanos; así como la consecuente sensibilización hacia la educación como medio importante para lograr las metas de salud.
3. La presencia de organismos financiadores de proyectos de desarrollo en el campo social.

2.7.10. Incentivos para la permanencia del personal capacitado en el Sub-Sector

Ha sido tradicional en el país la alta rotación del personal, capacitado o no, vinculado laboralmente con el sector público; el de salud no es una excepción a dicha situación que a pesar de haber sido diagnosticada en muchas ocasiones, no se ha medido su impacto en los planes, programas y actividades que llevan a cabo las instituciones del Sub-Sector.

Antes de analizar las posibles alternativas para minimizar los efectos de este problema crónico, es conveniente identificar las causas más importantes del mismo con el fin de plantear soluciones globales según el origen detectado.

CUADRO No. 2.26

PROYECTO MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD 1992-1996

RECURSO HUMANO VINCULADO A LAS DIRECCIONES SECCIONALES DE SALUD
CONDENSADO A 1991 TOTAL SERVICIOS
ATENCION A LAS PERSONAS

SERVICIOS SECCIONALES DE SALUD	MEDICO				ODONTOLOGIA				ENFERMERIA				BACTERIOLOGIA				TERAPIA				DIAGNOSTICO				NUTRICION				TOT. ATEN PERS							
	S	G	E	T	S	G	E	A	S	E	A	A	P	T	S	B	A	T	F	L	O	A	T	T	A	C	O	T		N	A	T	O			
																																		S	R	P
ANTIOQUIA	28	658	278	962	13	287	10	318	628	11	390	1958	547			2906	11	166	72	249			16	3	5	24	35	13	2	3	53	24	168	192	169	5183
ATLANTICO	51	146	199	396	20	21	1	32	74	27	101	622	199	150	1099	7	34	39	80	10					4	14	22	8	3	12	45	13	117	130	130	1968
BOGOTA	129	634	865	1628	25	202	19	158	404	35	584	3007	175	78	3879	25	228	58	311	67	20	21	5	113	72	25	6	37	142	45	308	353	733	7563		
BOLIVAR	64	147	114	325	27	62		70	159	24	110	630	141	37	216	1358	16	28	27	71	6	1	2	3	14	20	7	4	1	32	9	111	120	73	2152	
BOYACA	80	49	116	245	66	25	2	59	154	45	58	750	200	427	1478	25	27	29	81	7	3	1	3	14	10	25	4	5	44	11	151	162	90	2268		
CALDAS	14	127	133	274	5	48	2	38	93	17	78	818	428	225	1580	7	58	33	98	8	1	1	6	16	8	25	3	12	48	3	154	157	80	2308		
CAQUETA	17	24	11	52	7	9		3	19		10	128	113	109	358	5	2	4	11						1	6	1		8	1	7	8	8	464		
CAUCA	60	69	41	170	24	7		44	75	20	66	514	231	10	345	1186	13	22	22	57	2	1			3		15	1	1	17	4	94	96	26	1632	
CESAR																																				
CORBODA	53	95	97	245	22	22		31	75	25	62	613	165	192	1057	13	18	16	49	4	2	1	1	8	11	9	14	2	36	7	67	74	47	1591		
CUNDINAMARCA	153	175	172	500	67	78	3	65	211	56	44	1315	57	281	1753	53	51	36	140	7	1	2		10	19	28	3	4	54	16	257	273	105	3046		
CHOCO	37	18	13	68	9	11		22	42	14	33	131	265	167	650	1	9	10	20	2		1		3	4	2	1		7	2	17	19	16	627		
GUAJIRA	28	28	24	80	12	10		12	34	8	20	265	49	109	451	11	5	12	28						4	4	4	1	13	5	24	29	24	659		
HUILA	41	61	61	163	23	16	1	30	70	19	33	352	185	17	190	796	19	11	19	49	2		3	2	7	4	9	2	2	17	6	37	43	37	1182	
MAGDALENA																																				
META	37	23	41	101	13	3	1	17	34	6	22	395	55	91	569	11	9	15	35	1	1	1	4	7	3	6	1	2	12	1	57	58	24	840		
NARIÑO	43	65	67	195	20	20	1	33	74	9	66	510	175	160	940	10	25	27	62	8	1		1	8	4	14	4	6	26	4	72	76	10	1393		

SERVICIOS SECCIONALES DE SALUD	MEDICO*				ODONTOLOGIA				ENFERMERIA					BACTERIOLOGIA				TERAPIA				DIAGNOSTICO				NUTRICION			OTROS	TOT. ATEN. PERS.																			
	S	G	E	T	S	G	E	A	S	E	A	A	Y	Y	PROMOTOR		S	B	A	T	F	L	O	A	T	T	A	C			O	T	N	A	T														
															U	R																				T	O	R	X	X	T	T	T	T	T	T	T	T	T
															O	A																				I	O	L	I	U	O	E	A	A	A	A	A	A	A
NORTE DE SANTANDER	38	95	117	248	13	34	2	42	91	6	73	485	272		292	1128	6	43	23	72	10	1	2	3	16	9	13	2	11	35	8	93	101	74	1765														
QUINDIO	27	81	81	169	9	38		66	113	11	29	372	174		127	713	5	27	24	56	3	2	2	3	10	6	11	2	5	24	3	36	39	29	1173														
RISARALDA	32	88	63	183	18	13		32	63	15	46	526	172		144	905	12	19	28	59	3	2	2	2	9	2	12	3	2	19	2	56	58	32	1328														
SANTANDER	83	160	178	419	39	56	2	91	188	34	104	922	594		308	1962	30	51	47	128	15	3	3	7	28	6	20	4	14	44	31	137	168	93	3030														
SUCRE																																																	
TOLIMA	60	113	68	239	39	31	2	49	121	23	28	567	407		236	1263	33	19	20	72	4		1	3	8	6	21	1	1	29	4	9	13	27	1772														
VALLE	113	418	354	885	55	77		145	277	41	224	1785	419	148	389	3004	31	119	142	292	21	6	6	34	69	51	46	11	27	135	13	172	185	255	5102														
AMAZONAS	14			14	5	1		5	11	5	2	62	20		46	135	3		5	6						2	2			4	1		1	4	177														
ARAUCA	12	3	4	19	6			8	12	1	5	57	57		47	187		5	3	8						3				3	2	12	14	4	227														
CASANARE	18	18	7	39	7	4		13	24	5	7	92	28		56	188	4	5	3	12						2				2	2	2	4	16	285														
GUAINIA	6	1		7	4			5	9	1	4	25	9		25	64	4		2	6						1				1		6	6	3	96														
GUAVIARE	11	6		17	4	1	1	4	10	3	4	52	9		57	125	4	1	3	8					2				2	1	13	14	5	161															
PUTUMAYO	21	13	1	35	17	2		18	37	6	5	59	44		70	184	9	2	6	17						1				1				1	275														
SAN ANDRES Y PROVIDENCIA	7	7	6	22	3	2		7	12	3	8	55	13		10	89	4	1	3	8	2		1	1	4	4	1			5	1	16	17	3	160														
VAUPES	11	1		12	10			3	13	8		33			57	96	8	1		9						1				1	2	7	9	2	144														
VICHADA	9	5		14	6			6	12	6	3	67	6	23	19	124	4		4	6						1				1		6	8	4	171														

CUADRO No. 2.29

PROYECTO MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD 1992-1996

RECURSO HUMANO VINCULADO A LAS DIRECCIONES SECCIONALES DE SALUD
CONDENSADO A 1991 TOTAL SERVICIOS
AMBIENTE Y ADMINISTRACION

SERVICIOS SECCIONALES DE SALUD	ATENCION AL AMBIENTE												APOYO ADMINISTRATIVO												TOTAL ATEN. PERS.	GRAN TOTAL GRAL	C A M A S			
	I N G E N	V E T E R	P R O L A B	A U X I A R I O	T E C N I C O S	S E R V I C I O S	PROMOTOR		O T R O S	T O T A L	D I R E C T O R E S	A D M I N I S T R A D O R E S	P E R S O N A L	INFORMACION					F I N A N C I A M I E N T O	S U M A R I O	E R R O R E S	TRABAJO SOCIAL						O T R O S	T O T A L	
							II	I						INGEN	ESTAL	TECN.	AUX. AYUD	TOTAL				PROF	AUX.	TOTAL						
ANTIOQUIA	9	3	1			11		236	133	393	21	372	16	5	2	25	43	75	66	121	830	40	28	68	102	1691	5183	7267	3429	
ATLANTICO	1	5	6	2		2		44	10	70	9	130	12			10	31	41	74	42	546	18	15	31	24	909	1966	2947	1261	
BOGOTA	10	26	1	10					286	333	46	1455	86	24	3	57	187	271	246	222	2393	53	24	77	238	5035	7583	12931		
BOLIVAR	1	4				5		40	27	96	10	146	13			13	23	36	68	74	560	16	14	30	4	941	2152	3266	1187	
BOYACA	1	5			3			40	29	22	100	128	15		2	15	47	64	104	89	617	12	39	51	35	1125	2266	3493	1164	
CALDAS		2			1	5		66	13	1	88	11	194	7		3	13	47	63	70	100	11	15	26	16	1105	2306	3499	1513	
CAQUETA			1			2		18		21	18	26	3		1	1	12	14	10	15	95	1	3	4	6	191	464	676	239	
CAUCA	4	2	2	3		6		36	27	4	84	18	133		10	6	29	47	48	52	437	3	6	9	15	759	1632	2475	916	
CESAR																														
CORBOCA	2	6				7		41	32	12	100	9	96	11		5	9	32	46	53	34	421	5	20	25	17	714	1591	2405	666
CUNDINAMARCA	6	4	4		1	14		62	77	8	176	36	230	13	1		4	71	78	136	110	1184	11	59	70	36	1902	3046	5124	1977
CHOCO	2		2	1		6		46	6	6	73	3	54	3	1	1	6	18	26	24	34	204	6	11	17	10	377	627	1277	356
GUAJIRA		1				6		27	16	5	55	4	47	4		2	4	18	24	26	19	208	3	6	9	9	353	659	1067	245
HUILA	2	1	2	1		4		10	36	5	63	6	91	9			6	32	40	50	60	381	7	9	16	15	670	1182	1915	656
MAGDALENA																														
META	1					6		35	10	5	57	32	76	3	1		2	19	22	30	22	225	2	12	14	14	440	640	1337	491
NARIÑO	4	3	3	1		7		77	6	8	110	7	137	9		1	9	26	36	46	51	391	10	41	51	6	734	1393	2237	697

SERVICIOS SECCIONALES DE SALUD	ATENCIÓN AL AMBIENTE													APOYO ADMINISTRATIVO													TOTAL ATEN. PERS.	GRAN TOTAL GRAL	C A M A S	
	I N G E N	V E T E R	R O/ L A B	U /X A Y U	T S O	S S	PROMOTOR		O T R O S	T O T A L	D I R E C	A D M O N	P E R S O	INFORMACION					F I N A N	S U M I N	E R/ G R L	TRABAJO SOCIAL			O T R O S	T O T A L				
							II	I						INGEN	ESTAD	TECN.	AUX AYUD	TOTAL				PROF	AUX	TOTAL						
NORTE DE SANTANDER	1	2	1			6	23	26		59	11	107	14		1	9	27	37	58	52	419	6	22	26	16	742	1785	2588	1053	
QUINDIO	1	1	1	1		3		41	7	55	5	87	10		1	9	28	36	27	39	313	5	12	17	14	548	1173	1778	822	
RISARALDA						1	48	12	7	68	4	59	5		3	9	29	41	23	37	406	7	22	29	20	624	1328	2020	760	
SANTANDER		4	4	1		9	60	45	14	157	35	265	19	2	2	11	62	77	78	104	943	35	28	63	51	1635	3030	4822	2841	
SUCRE																														
TOLIMA		5				8	92	2		107	8	107	11			5	57	62	40	123	600	3	12	15	3	969	1772	2848	1389	
VALLE	3	4	11	3	2	25	140	95	73	358	44	434	35	6	3	35	129	173	200	140	1625	20	41	61	101	2813	5102	8271	2684	
AMAZONAS						1		6	4	11	9	5	1						4	11	61	1	2	3		94	177	282	81	
ARAUCA						1	3	6		10	5	22				2	4	6	7	8	67	1	3	4	3	122	227	359	97	
CASANARE	1					2	14	7		24	6	17	1			2	8	10	7	19	118	2	1	3		161	285	490	147	
GUÁNIA							5			5		3					3	3		5	42		1	1		54	96	155	35	
GUAVIARE						1		7		8	5	7	2			1	4	5	3	11	37	2	2	4		74	181	263	50	
PUTUMAYO			1			1	8	5	1	14	9	16				2	7	9	6	16	95	1	5	6		159	275	448	124	
SAN ANDRÉS Y PROVIDENCIA	1		1	1				9	8	20	13	16	1			1	3	4	7	12	69	2	1	3		125	160	305	64	
VAUPES						1	4			5	5	10	1			2	2	4	3	41	12	3	1	4	1	61	144	230	27	
VICHADA						1	4		1	6	8	15	5			2	3	5		6	56	1	3	4		101	171	278	46	

Problemas

- Las costumbres políticas tradicionalmente han hecho de los empleos públicos una mercancía con la cual se afianza el poder, se pagan favores o se deja sin piso al rival político. Los funcionarios entran o salen al amañó de los jefes políticos.
- Derivado del aspecto anterior, se presenta el problema de la capacitación para desempeñar un cargo específico, ya que no ha tenido mucha importancia la calificación personal, o el cumplimiento de los requisitos establecidos. Los funcionarios consideran accidentales sus cargos y debido a esa sensación permanente de transitoriedad se desincentiva el cumplimiento de una labor eficiente, el alcance de metas de trabajo, la continuidad en los programas de una institución y la coordinación entre las diferentes dependencias.
- No existe "sentido de pertenencia" a las instituciones pues éste, o no se alcanza a desarrollar o toda la lealtad del funcionario está puesta en quienes dirigen su grupo político antes que en la entidad donde prestan sus servicios, por lo que no tiene importancia la eficiencia del trabajo y la gestión institucional, prolifera la inmoralidad e inclusive se pierde la autoestima y la responsabilidad profesional.
- No existen políticas claras en lo referente a programas de capacitación, educación continuada y adiestramiento; las acciones que se realizan son puntuales y dirigidas principalmente a los médicos y por extensión en algunos casos al resto de profesionales de la salud. Los programas formales de capacitación en las áreas administrativas se encuentran concentrados en las grandes ciudades y sus costos son elevados; estos dos factores imposibilitan el acceso de la mayoría de los funcionarios a la posibilidad de complementar sus estudios. Tampoco hay disponible información técnica actualizada y de buena calidad pues muy pocas instituciones cuentan con biblioteca y en caso de tenerla el material bibliográfico es escaso y desactualizado; lo anterior es factor desmotivante principalmente para el recurso humano más calificado.
- Las dependencias de Bienestar Social no cumplen con sus funciones de propender por elevar el nivel de vida y brindar mayor bienestar a los empleados, pero además de los recursos económicos necesarios, no existen políticas o programas concretos para lograr los objetivos de estas dependencias. Esto colabora para que el clima organizacional no sea el más adecuado para una labor productiva.
- No ha sido definido un régimen de estímulos que permita crear una competencia sana entre el personal; que incentive la productividad, la eficiencia y la calidad de los servicios. Existe y se aplica de manera laxa un régimen disciplinario encaminado únicamente a castigar las faltas, hecho que contribuye de manera notoria a la apatía

existente. Los ascensos no se realizan por concurso de méritos por lo que da lo mismo desempeñar bien o mal el trabajo.

- Los salarios en el Sub-Sector de la Salud están entre los más bajos del sector público. No son competitivos, por lo que la mayor aspiración de muchos funcionarios es emigrar hacia otras instituciones convirtiéndose éste en la mayor fuente de recurso humano calificado para la seguridad social o la empresa privada. Tampoco se han establecido escalas salariales que permitan remunerar a los empleados de acuerdo con su capacitación y a las responsabilidades específicas de su trabajo.

Soluciones

Frente a la problemática planteada es necesario tomar medidas correctivas conducentes a estimular la permanencia en el Sub-Sector del personal capacitado. De hecho algunas ya se están implantando como la carrera administrativa, que al perfeccionarse en su aplicación, dará solución a algunos de los problemas planteados. Además, al culminar el proceso de descentralización, los Departamentos y Municipios tendrán bajo su responsabilidad solucionar otros de los problemas enunciados, lo cual es más fácil de realizar bajo esta dimensión que si se estuviera con la concepción centralista. La carrera administrativa también neutraliza en un porcentaje alto la influencia negativa de las costumbres políticas sobre los funcionarios públicos.

La carrera administrativa establece además, los requisitos para desempeñar los diferentes cargos, lo que conduce a la provisión por concurso de los cargos con personas idóneas, las cuales para ascender en el escalafón se verán motivadas a perfeccionar sus conocimientos a través de procesos de educación continuada y/o complementación de estudios. Esto a su vez se verá incentivado por una mayor remuneración a medida que se asciende en el escalafón.

La evaluación periódica del desempeño aplicada de manera técnica y estricta permitirá individualizar el seguimiento de la productividad y eficiencia de los funcionarios, estimulando el cabal cumplimiento de sus funciones.

Los aspectos anteriores deben tener como resultado el desarrollo de una "cultura de pertenencia" a las instituciones y de lealtad hacia las mismas, mejorando el clima organizacional y por consiguiente estimulando la permanencia de las personas en las instituciones, con el deseo de progresar dentro de la estructura técnico-administrativa, desarrollando la autoestima y la responsabilidad profesional.

Para complementar la carrera administrativa es necesario desarrollar una política de recursos humanos para el sector, en la cual la educación continuada, la complementación de estudios y la capacitación del personal ocupen un lugar importante; para hacer efectiva esta política es indispensable diseñar y poner en marcha un programa de educación continuada dirigido a todos los funcionarios, para lo cual es posible integrar a instituciones privadas y públicas que desarrollen actividades en este sentido y cuya experiencia ha sido validada de manera puntual. Así se evitará el duplicar esfuerzos y se logrará la racionalización en la utilización de los recursos. De igual manera, dentro del régimen de estímulos que debe desarrollarse a corto plazo, se debe tener en cuenta como estrategia básica para lograr su objetivo crear incentivos bajo la modalidad de capacitación subsidiada para quienes se destaquen en el desempeño de sus labores y capacitación financiada para quienes deseen complementar su formación. Además de solucionar el aspecto económico, también es necesario acercar los programas formales de capacitación de las universidades a todas las regiones del país, para lo cual se debe negociar con éstas, la estructuración de programas de post-grado desescolarizados en el área de Administración Sanitaria. Estos programas deben incorporar el estudio profundo del nuevo Sistema de Salud, del modelo de atención que satisfaga las necesidades de la comunidad y de herramientas modernas de gerencia y gestión conducentes a mejorar de manera substancial la calidad de los servicios de salud, enmarcado todo dentro de la descentralización político-administrativa y de salud que vive el país y del proceso de apertura económica que se ha puesto en marcha.

También se necesita poner en marcha un proceso de "asesoría horizontal" de tal manera que se compartan y aprovechen las experiencias vividas en los diferentes niveles del sistema, resaltando aquellas que han demostrado su efectividad y que sirven para complementar operativamente la capacitación y educación continuada. Esta actividad también tiene como objetivo motivar a los funcionarios, ya que el hecho de aprovechar sus experiencias y darle oportunidad de compartirlos con otros, conduce a crear una competencia sana que beneficia tanto a las personas como a las instituciones.

En la política de recursos humanos también se debe considerar la reorientación de las acciones de las dependencias de Bienestar Social con el fin de que cumplan con su objetivo básico de mejorar las condiciones laborales y de vida de los funcionarios y de sus familias. Para ello es necesario no sólo dotarlas de los recursos necesarios sino darles una orientación clara acerca de las actividades que deben cumplir, inclusive integradas con las de las Cajas de Compensación a las cuales se encuentran afiliadas las instituciones y que actualmente son desaprovechadas por desconocimiento de los servicios que prestan.

El régimen de estímulos que está desarrollando el Ministerio parte del principio de "Educar antes que Castigar" lo cual refuerza los planteamientos anteriores. Además, éste debe contemplar una serie de actividades y acciones que hagan que los funcionarios de la salud traten continuamente de mejorar, lo cual debe ser tenido en cuenta y reconocido por sus superiores a través del mencionado régimen.

Finalmente se debe tener en cuenta la remuneración como uno de los incentivos o estímulos para lograr un correcto desempeño de las funciones. Deben existir escalas salariales que reconozcan los méritos de las personas y que cumplan con el principio de a igual trabajo igual salario. Por otro lado, la remuneración debe ser competitiva y acorde con las funciones desempeñadas; ésto permitirá que las personas se sientan remuneradas con justicia, lo cual en última instancia contribuye a la permanencia de éstas en las instituciones.

CUADRO No. 2.30

**PROYECTO MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD 1992 - 1996**

**NUMERO DE INSTITUCIONES QUE DICTAN PROGRAMAS DE SALUD
POR NIVEL ACADEMICO Y NATURALEZA JURIDICA**

COLOMBIA 1991

NIVEL ACADEMICO	NUMERO	NATURALEZA JURIDICA	
		PRIVADA	PUBLICA
Formación Universitaria	52	29	23
Formación Tecnológica	13	10	3
Formación Técnica Profe	9	4	5
Programas de Capacitación	35	2	33
Post-grado	23	15	8

FUENTE: Directorio Nacional de Programa Docentes para la Salud,
Ministerio de Salud 1991.

CUADRO No. 2.31

PROYECTO MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD 1992 - 1996

PROGRAMAS DE FORMACION DE RECURSOS HUMANOS EN PRE-GRADO

AREA DE LA SALUD. MODALIDAD UNIVERSITARIA

COLOMBIA 1991

NIVEL ACADÉMICO	NUMERO	NATURALEZA JURIDICA	
		PRIVADA	PUBLICA
Bacteriología	3	3	
Bacteriología y Lab. Clínico	6	1	5
Enfermería	20	5	15
Gerontología	1	1	
Ingeniería de Alimentos	3	3	
Ingeniería Sanitaria	3	1	2
Medicina	21	10	11
Medicina Veterinaria	4	2	2
Medicina Veter. y Zootecnia	4	1	
Microbiología	1	2	4
Nutrición y Dietética	6	4	8
Odontología	12	1	
Optometría	1		4
Química Farmacéutica	4	10	3
Psicología	13	2	3
Terapia Física	5	2	2
Terapia del Lenguaje	4	1	2
Terapia Ocupacional	3		

CUADRO No. 2.32

PROYECTO MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD 1992 - 1996

PROGRAMAS DE FORMACION DE RECURSOS HUMANOS EN PRE-GRADO

AREA DE LA SALUD. MODALIDAD TECNOLOGICA

COLOMBIA 1991

NIVEL ACADEMICO	NUMERO	NATURALEZA JURIDICA	
		PRIVADA	PUBLICA
Administración Agropecuaria	1	1	
Tecnología en Administración de Servicios de Salud	1		1
Tecnología de Alimentos	4	1	3
Gerontología	1		1
Higiene y Seguridad Ocupacional	1		1
Laboratorio Dental	1	1	
Tec. en Regencia de Farmacia	2	1	1
Tec. en Saneamiento Ambiental	2		2
Tec. en Sist. de Inf. en Salud	1		1
Terapia del Lenguaje	2	2	
Terapia Ocupacional	1	1	
Terapia Respiratoria	1	1	
Terapia Recreativa	1	1	

FUENTE: Directorio Nacional de Programas Docentes para la Salud. 1991.

CUADRO No. 2.33

PROYECTO MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD 1992 - 1996

PROGRAMAS DE FORMACION DE RECURSOS HUMANOS EN PRE-GRADO

AREA DE LA SALUD. MODALIDAD TECNICA-PROFESIONAL

COLOMBIA 1991

NIVEL ACADEMICO	NUMERO	NATURALEZA JURIDICA	
		PRIVADA	PUBLICA
Administración Hospitalaria	1	1	
Electromedicina	1	1	
Laboratorio	1	1	
Técnico en Alimentos	1	1	
Terapia del Lenguaje	1	1	
Terapia Ocupacional	1	1	

CUADRO No. 2.34

PROYECTO MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD 1992 - 1996

PROGRAMAS DE FORMACION DE RECURSOS HUMANOS EN PRE-GRADO
CURSOS DE CAPACITACION
COLOMBIA 1991

NIVEL ACADEMICO	NUMERO	NATURALEZA JURIDICA		TITULO QUE EXPIDE
		PRIVADA	PUBLICA	
Administración en Salud	2		2	Certificado Asistencia y Aprobación
Asist. Administración Servicios de Salud	1		1	Certificado Asistencia y Aprobación
Auxiliar Consultorio Odontológico	3		3	Auxiliar Consultorio Odontológico
Auxiliar Consultorio Médico y Clínico	1		1	Auxiliar de Consultorio
Auxiliar Contabilidad Hospitalaria	2		2	Auxiliar Contabilidad Hospitalaria
Auxiliar de Droguería	4		4	Auxiliar de Droguería
Auxiliar de Enfermería	28	1	27	Auxiliar de Enfermería
Auxiliar de Higiene Oral	2	1	1	Higienista Oral
Auxiliar de Hogar Geriátrico	1		1	Auxiliar de Hogar Geriátrico
Auxiliar de Odontología Social	1		1	Auxiliar Odontología Social
Auxiliar de Registros Médicos y Estadísticos de Salud	3		3	Auxiliar Registros Médicos
Auxiliar Suministros y Farmacia	1		1	Auxiliar Suministros y Farmacia
Auxiliar de Trabajo Social	1		1	Auxiliar de Trabajo Social
Citotecnología	1		1	Certificado de Asistencia
Estadística en Salud	1		1	Certificado Nivel Intermedio
Experto en Mantenimiento Hospitalario	1		1	Experto en Mantenimiento Hospitalario
Perito en Mantenimiento de Equipos Médicos	1		1	Perito en Mantenimiento de Equipos Médicos
Promotor Saneamiento Ambiental	3		3	Promotor Saneamiento Ambiental
Promotor Rurales y Urbanos de Salud	2		2	Promotor de Salud
Técnico en Prótesis Ortopédica	1		1	Certificado Técnico
Técnico en Radiología	2		2	Certificado Aptitudes

CUADRO No. 2.35

PROYECTO MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD 1992 - 1996

PROGRAMAS DE POST-GRADO EN EL AREA DE LA SALUD POR
TIPO DE PROGRAMA, NUMERO Y NATURALEZA JURIDICA DE LA INSTITUCION

NIVEL ACADÉMICO	NUMERO	NATURALEZA JURIDICA	
		PRIVADA	PUBLICA
1. CLIMA			
Anestesiolog. y Reanimac. (E)	14	6	8
Cardiología (Sub-Esp)	5	3	2
Dermatología (E)	7	2	5
Endocrinología (Sub-Esp)	3	1	2
Gastroenterología (Sub-Esp)	4	1	3
Ginecolog. y Obstet. (E.M.Q.)	14	6	8
Geriatría Clínica (E)	1		1
Genética Humana (E)	1		1
Hematología (Sub-Esp)	3	2	1
Inmunología (E)	1		1
Laboratorio Clínico (E)	1	1	
Medicina Interna (E)	14	6	8
Medicina Nuclear (Sub-Esp)	2	1	1
Med. Fisica y Rehabili. (E)	5	1	4
Microbiología (M)	3	3	
Microbiología Médica (E)	5	4	1
Medicina Deportiva (E)	1		1
Medicina Familiar (E)	1		1
Medicina del Trabajo (E)	1	1	
Nefrología (Sub-Esp)	4		4
Neurología	6	3	3
Neumología (Sub-Esp)	4	2	2
Neurología Infantil	1		1
Optometría	1	1	
Oncología Clínica (E)	1	1	
Patología (E)	11	2	9
Patología Infecciosa (E)	1		1
Pediatría (E)	13	6	7
Psiquiatría (E)	8	3	5
Psicología (E)	1		1
Psicología Clínica (E)	5	4	1
Psicología Comunitaria (M)	1	1	
Radiología e Imagenología (E)	10	5	5
Radioterapia (E)	2	1	1
Reumatología (Sub-Esp)	2		2

NIVEL ACADEMICO	NUMERO	NATURALEZA JURIDICA	
		PRIVADA	PUBLICA
2. QUIRURGICAS			
Cirug. Cardiovasc. (Sub-Esp)	2	1	1
Cirugía General (E)	14	6	8
Cirugía Plástica (E)	6	2	4
Cirugía de Tórax (E)	1	1	
Cirugía Maxilofacial (E)	2	1	1
Cirugía Infantil (E)	4		4
Neurocirugía (E)	8	3	5
Oftalmología (E)	12	5	7
Ortopedia y Traumatolog. (E)	9	4	5
Otorrinolaringología (E)	8	2	6
Urología	8	3	5
3. CIENCIAS BASICAS			
Bioquímica (M)	1		1
Fisiología (M)	1		1
Farmacología (M)	2		2
Física Radiológica (M)	1		1
Morfología (M)	1		1
4. ENFERMERIA			
Enfermería Neurológica (M)	1	1	
Enfermería Pediátrica (M)	1	1	
Enf. Médico-Quirúrgica (M)	1		1
Enf. Materno-Infantil (M)	1		1
Enfermería (M)	1		1
Enf. Cardio-Respiratoria (M)	1		1
Enf. en Salud Mental (M)	1		1
Enf. y Salud Ocupacional (M)	1		1
Enfermería Perinatal (M)	1		1
5. ODONTOLOGIA			
Endodoncia	1	1	
Estomatología y Cirugía Oral	2	1	1
Estomatología Pediátrica	1		1
Odontopediatría	2	2	
Ortodoncia	3	1	2
Odontología Integral Adulto	1		1
Odontología Integral Niño	1		1
Periodoncia	2	1	1
Prótesis Periodontal	1	1	

NIVEL ACADÉMICO	NUMERO	NATURALEZA JURIDICA	
		PRIVADA	PUBLICA
6. ALIMENTOS			
Alimentación y Nutrición	1	1	
Control de Calidad Alimentos	1	1	
Ciencias de Alimentos	1		1
Ingeniería de Alimentos	1		1
Procesamiento de Alimentos	1		1
Tecnología de Alimentos	1		1
7. SALUD PUBLICA			
Administración Hospitalaria (M)	1	1	
Administración en Salud (M)	2	1	1
Administración en Salud con énfasis en Segur. Social (M)	1	1	
Admón de Serv. de Salud (M)	2		2
Epidemiología (M)	2		2
Ingeniería Ambiental (M)	2	1	1
Salud Ocupacional (E)	2	1	1
Salud Pública (M)	3		3
Saneam. y Des. Ambiental (M)	1	1	
Sanidad (en Ingeniería)	1		1
Sanitaria (M)	1		1

FUENTE: Directorio Nacional de Programas Docentes para la Salud. Ministerio de Salud 1991.

CONVENCIONES: E: Especialización; Sub-Esp: Sub-Especialización; M: Maestría.

2.8. LA DESCENTRALIZACION DEL SECTOR SALUD

El tema de la descentralización de la salud es en este momento un foco de interés, debate y crítica ya que tiene una connotación revolucionaria.

Concientes de la necesidad de clarificar el significado de este cambio, se busca describir brevemente la fundamentación, objetivos, dimensiones, actividades y logros del proceso de la descentralización de la salud en el país, con el fin de orientar el proceso de tan importante decisión.

En la cronología del Servicio de la Salud en Colombia el año de 1990 marca el fin de una época y la inauguración de otra, dando una orientación descentralista que se plasma a través de la Ley 10 y la Nueva Constitución Política.

En este marco la descentralización territorial tiene tres componentes esenciales: UN OBJETIVO, la prestación de los servicios públicos; UNOS AJUSTES NECESARIOS, el reordenamiento territorial; y LA PARTICIPACION de las fuerzas económicas y sociales en la construcción de la democracia.

Estos componentes exigen asumir la descentralización desde tres dimensiones, a saber: política, administrativa y fiscal.

2.8.1. Descentralización Política

Efectivamente, la participación ciudadana y comunitaria regional y local, frente al origen de la autoridad, la toma de decisiones y la gestión gubernamental, se fue concretando en varios de los desarrollos legislativos de la segunda mitad de los años ochenta, hasta culminar con la Ley 10 de 1990.

El proceso de descentralización política afectó, ciertamente, el origen de la autoridad local. En el sector salud particularmente, este proceso quedó plasmado en el Decreto 1216 de 1989 que indujo la participación comunitaria hacia la toma de decisiones y gestión de los servicios; en la Ley 10 de 1990, y en las disposiciones de las entidades territoriales que, en el ejercicio de las facultades y responsabilidades a ellas conferidas, ya comienzan a transitar en los nuevos caminos de la autonomía seccional y local.

La descentralización del servicio público de la salud en el terreno de lo político, en virtud de la Ley 10 de 1990 y de la Nueva Constitución Política, se evidencia en la recuperación de la soberanía territorial para la toma de decisiones, que se expresa en la formulación de políticas, planes y programas, en la asignación de recursos financieros, físicos, técnicos y humanos y en la definición de las cambiantes estructuras que deben soportar el accionar de la dirección administrativa y la gestión de los servicios en los Departamentos y Municipios. Todo ello, inevitablemente, afectará la tradicional estructura del poder tradicional en las regiones y localidades.

2.8.2. Descentralización Administrativa

La segunda expresión descentralizadora del sector salud en la época que comienza, se concreta en la libre acción constitucional y legal de la organización territorial para administrar los recursos humanos, científico-técnicos, físicos y financieros, y en la implementación de las políticas, planes y programas de desarrollo de la salud en el conjunto de las instituciones públicas. Esta práctica autónoma de la administración permitirá la aprobación, democratización y enriquecimiento del saber necesario para cualificar las condiciones de vida de los pobladores. El conocimiento derivado, en últimas, corresponderá al saber necesario y adecuado de las necesidades de desarrollo.

2.8.3. Descentralización Fiscal

La tercera dimensión, del proceso de descentralización del servicio de salud, se manifiesta en el ejercicio autónomo de asignación y gestión de recursos financieros de parte de las entidades territoriales.

La concurrencia de recursos financieros originados en fuentes nacionales tales como el Impuesto al Valor Agregado -IVA-, Situado Fiscal y las originadas en el Monopolio Estatal de Juegos, distribuidos y descentralizados bajo criterios adicionales que responden al propósito redistributivo para la superación de las condiciones de desarrollo desigual regional y local, de vital importancia para sustentar el proceso de descentralización político y administrativo. Dichos recursos, dentro de los componentes de los ingresos corrientes de los presupuestos municipales, constituyen el recurso financiero básico.

En los Artículos 356 y 357 de la Nueva Constitución Política quedaron fortalecidas estas fuentes de financiación, bajo las denominaciones de Situado Fiscal y Participación Porcentual de los Municipios en los Ingresos Corrientes de la Nación. El Situado Fiscal -que asimila el Situado Fiscal educativo determinado en la Ley 10, el Impuesto al Valor Agregado y el Situado Fiscal que financiaba la educación determinado por la Ley 46 de 1972 financiará la prestación

autónoma en los Departamentos y Municipios de los servicios de salud y educación. La transferencia denominada Participación Municipal en los Ingresos Corrientes de la Nación permitirá a los municipios financiar y desarrollar, autónomamente, Proyectos Sociales de Desarrollo.

Lo anterior permite entender la Descentralización en salud como un proceso social, mediante el cual la Nación transfiere a las entidades territoriales las funciones de dirección y prestación de los servicios de salud y estas asumen la **RESPONSABILIDAD TOTAL** en el marco de sus competencias y autonomías.

Al involucrarse el concepto de proceso, éste es susceptible de ser acelerado, mediante la **CONCERTACION** entre la nación, los departamentos y los municipios, haciendo concurrentes las actividades de intervención y de regulación del Ministerio con las competencias y autonomías territoriales en el marco de la constitución y la ley.

2.8.4. Estado actual del proceso

El Ministerio de Salud, como Dirección Nacional del Sistema de Salud, ha adelantado a través de su Programa de Consolidación, una labor de asesoría, dando prioridad a los municipios de categorías 1 y 2 y a los departamentos, buscando que los entes territoriales lleven a cabo las transformaciones institucionales necesarias para asumir la dirección y prestación de los servicios de salud, con criterios de calidad, eficiencia, eficacia y participación.

En esta asesoría actualmente se desarrollan 3 momentos indispensables para llevar a término el proceso de departamentalización y municipalización de la salud, siendo estos: a) El conocimiento de la situación actual -etapa diagnóstica, b) Etapa de concertación y decisiones, y finalmente c) La asunción de los servicios por parte del ente territorial.

La realización del diagnóstico implica tareas concretas como la identificación del nivel de las instituciones prestadoras de servicios de salud de 1, 2 o 3 nivel de atención; la definición de la naturaleza jurídica de dichas instituciones; la elaboración de inventarios de bienes, determinando a que nivel de atención pertenecen; estableciendo la situación económica de las instituciones, determinando sus pasivos prestacionales, estructura administrativa, plantas de personal, escalas salariales y prestacionales, mecanismos de seguridad social y determinando igualmente los costos de prestación de los servicios de cada institución y los recursos disponibles para atenderlos.

Con la información obtenida en la etapa anterior, deberá llevarse a cabo un proceso de concertación entre las instancias involucradas en el problema, con el fin de buscar la solución a las dificultades identificadas. En este momento no se trata de lograr ventajas de una institución sobre la otra, sino el encuentro de fórmulas que garanticen la calidad de los servicios en el futuro.

Las principales entidades involucradas son entre otras: Departamento, Municipio, Direcciones Seccionales de Salud, Ministerio de Salud y Fondo Nacional Hospitalario que de acuerdo a sus fortalezas y debilidades deberán solucionar todos los problemas que se puedan presentar.

Con base en el análisis de la información y en los acuerdos a que se llegue en el proceso de concertación, deberán expedirse los actos administrativos correspondientes.

Es así como a 31 de octubre de 1991, el estado de la descentralización en el país nos muestra que se está llegando a las metas propuestas por la Ley; a nivel departamental los actos administrativos para asumir la Dirección Seccional llegan al 55%, y a nivel local sobrepasa el 60%.

Los otros indicadores del Cuadro No. 2.36 son manifestaciones del proceso de desarrollo. Somos conscientes que el compromiso y dinamismo del grupo de Consolidación mostrará al país resultados altamente satisfactorios.

Por último, no siendo ajenos a las dificultades que surgen en el proceso de implementación de la descentralización, haremos un breve inventario de problemas, que han de superarse con la decidida cooperación de las autoridades de los distintos niveles administrativos:

- a. Problemas políticos: visión política tradicional y legalista en detrimento del proceso social y científico-técnico; comportamiento autoritario y carencia de una mentalidad de concurrencia y de concertación; manipulación política de las comunidades y falta de una visión clara sobre participación comunitaria y ciudadana.
- b. Dificultades para organizar la Dirección Seccional o Local de Salud: Carencia de una visión científico-técnica para la prestación de los servicios de salud; se quiere universalizar las direcciones sin comprender que ellas dependen del nivel de desarrollo de las regiones o localidades; concepción burocrática y autoritaria de los funcionarios vinculados a la prestación de los servicios de salud.
- c. Problemas institucionales: lentitud en las transformaciones institucionales del sector público; incumplimiento de los requisitos legales para el otorgamiento de las personerías jurídicas a las instituciones privadas; indefinición jurídica de más de 500 hospitales la que conlleva un proceso más o menos largo de clarificación de su naturaleza jurídica.

- d. Problemas presupuestales, de planeación y de control; déficits crónicos entre otras razones por el manejo inadecuado de los recursos institucionales; sesgo sectorial burocrático y formalista de la planeación; inexistencia de una visión articulada de los niveles de control y falta de espacios para la acción comunitaria y la veeduría ciudadana.
- e. Deficiencias en la Administración del personal; perspectiva burocrática de la carrera administrativa; desniveles prestacionales y salariales entre la nación y los entes territoriales; pasivos prestacionales y traslado de funcionarios a otros niveles territoriales.

CUADRO No. 2.36

PROYECTO MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD 1992 - 1996

PROCESO DE DESCENTRALIZACION
EVALUACION CUANTITATIVA

TOTALES

ENTES TERRITORIALES	ACTOS ADMINISTRATIVOS Y DE DIRECCION			CARRERA ADMINISTRATIVA						INSTITUCIONES DE NATURALEZA JURIDICA		FONDOS DE CESANTIAS		FONDOS LOCALES Y/O SECCIONALES	
				ADOPCION DE LA CARRERA ADMINISTRATIVA		INSCRIPCION EN CARRERA ADMINISTRATIVA		MANUAL DE CARGOS							
	SI	(P*)1	NO(%)	SI(%)	NO(%)	SI(%)	NO(%)	SI(%)	NO(%)	SI(%)	NO(%)	SI(%)	NO(%)	SI(%)	NO(%)
A. Nivel Departamental (32 departamentos)	11 (34)	7 (21)	5 (55)	20(62)	12(37)	19(59.3)	13(40.6)	10(31.2)	22(68)	9(28.1)	23(71)	12(37)	20(62)	13(40)	19(60)
B. Municipios categorías 1 y 2 (59 municipios)	28 (44)	11 (18)	22 (37)	27(45.2)	32(54)	22(37.2)	37(62)	10(16.8)	49(83)	20(33)	39(66)	18(30)	41(70)	27(45.2)	32(54.7)
C. Municipios categorías 3, 4 y 5 (931 municipios)	48 (4.9)	11 (1.1)	874 (93.9)	21(2.2)	910(97)	15(1.61)	916(98)	4(0.4)	927(99.6)	10(1.07)	921(98.8)	34(3.6)	897(96.8)	24(2.5)	907(97.4)

2.9. LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD Y LA CALIDAD EN EL SERVICIO DE SALUD Y LA EFICIENCIA EN LA GESTION HOSPITALARIA

2.9.1. El Desarrollo Institucional de la Superintendencia Nacional de Salud

La SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD tiene su origen en la Superintendencia de Seguros de Salud creada en 1977 para ejercer la vigilancia y control en los servicios médico-asistenciales del Instituto de Seguros Sociales. En 1989 se amplió su competencia a las entidades de seguridad social, de asistencia pública y en forma parcial a los entes hospitalarios estatales, transformándose su nombre en el actual. En enero de 1990, con la reestructuración del sistema colombiano de salud, se fijaron nuevas competencias a la Superintendencia y en julio del mismo año se reestructuró, definiéndola como **autoridad técnica en materia de inspección, vigilancia y control** en cuanto a los servicios de salud, con algunas restricciones según la naturaleza jurídica del ente, y a las empresas que por una u otra razón tienen la obligación de hacer aportes pecuniarios para el sostenimiento del subsistema estatal de salud.

La estructura básica de la Superintendencia es la siguiente: Un Superintendente Nacional de Salud, de quien dependen dos Superintendentes nacionales Delegados y un Secretario General. Las dos Superintendencias Delegadas tienen funciones muy específicas: 1) Superintendencia Delegada para el Control de Servicios de Salud y 2) Superintendencia Delegada para el Control Administrativo y Financiero. Además cuenta con nueve Superintendencias Seccionales, que cubren todo el territorio nacional.

La Superintendencia Delegada para el Control Administrativo y Financiero tiene bajo su responsabilidad el velar porque todas las entidades que tienen la obligación de contribuir o recaudar impuestos, tasas, contribuciones o rentas destinados al sostenimiento del subsistema estatal de salud lo hagan en forma oportuna y sin evasión, elusión o destinación a otros fines.

La responsabilidad de la Superintendencia Delegada para el Control de Servicios de Salud --que es la que tiene más directa relación con la **calidad en la prestación del servicio y la eficiencia en la gestión de las instituciones**-- puede precisarse en los objetivos que se enumeran más adelante.

2.9.2. La misión de la Superintendencia Delegada para el control de servicios de salud y el marco constitucional y legal

Con base en un ejercicio de planeación estratégica se ha precisado que la misión fundamental de la Superintendencia Delegada para el Control de Servicios de Salud es coadyuvar al desarrollo de la función básica de la Superintendencia Nal. de Salud como autoridad técnica, correspondiéndole con mayor énfasis lo relativo a **calidad en la prestación del servicio a las personas y eficiencia en la aplicación de los recursos en las instituciones de salud** en el marco que determina el decreto 1472 de 1990.

Para el cumplimiento de esta tarea fundamental se ha de tener en cuenta que la ley 10 de 1990 elevó a la condición de servicio público a cargo de la Nación la atención a la salud, ya sea por entes estatales o privados, y definió que el sistema de salud comprende los procesos de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, y que en él intervienen factores tales como los biológicos, ambientales, de comportamiento y de atención. La nueva Constitución Política en su artículo 49 determina que la "atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado" y que corresponde al Estado "organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control".

A su vez, el artículo 365 precisa que los "servicios públicos son inherentes a la finalidad social del Estado. Es deber del Estado asegurar su prestación eficiente a todos los habitantes del territorio nacional. Los servicios públicos estarán sometidos al régimen jurídico que fije la ley; podrán ser prestados por el Estado, directa o indirectamente, por comunidades organizadas, o por particulares. En todo caso, el Estado mantendrá la regulación, el control y la vigilancia de dichos servicios. (...)". En concordancia con lo anterior, el numeral 22 del artículo 189 determina que corresponde al "Presidente de la República como Jefe de Estado, Jefe del Gobierno y Suprema Autoridad Administrativa (...) Ejercer la inspección y vigilancia de la prestación de los servicios públicos". Y el artículo 7º del decreto 1472 de 1990 especifica que el "Superintendente Nacional de Salud es agente del Presidente de la República (...), obrará de conformidad con sus instrucciones y de acuerdo con las políticas de salud y de control y eficiencia del gasto (...)".

Identificado este sucinto marco constitucional y legal, se enumeran a continuación los objetivos generales y específicos que en el campo de los servicios de salud se precisaron en el mismo proceso de planeación estratégica.

2.9.3. Objetivos generales y específicos a desarrollar por la Superintendencia Delegada para el control de servicios de salud a partir de Enero de 1992

1. DEFINIR Y REGLAMENTAR LA COMPETENCIA ESPECIFICA DE LA SUPERINTENDENCIA DELEGADA PARA EL CONTROL DE SERVICIOS DE SALUD POR GRUPOS ESPECIFICOS DE ENTIDADES VIGILADAS

Este objetivo general se orienta a precisar la competencia específica, partiendo del carácter de **autoridad técnica** que tienen las funciones de inspección, vigilancia y control, y la posibilidad de colisión o dualidad con otras autoridades que tienen funciones similares. Hasta ahora se han identificado no menos de seis campos con autoridades distintas: fiscal, disciplinario, de tutela, administrativo, ético y técnico; este último sería el campo que daría especificidad al trabajo de esta Superintendencia Delegada.

En este aspecto se debe utilizar un criterio similar al empleado en la teoría moderna de gestión: la **diferenciación para ofrecer un producto o servicio muy específico o exclusivo como ventaja competitiva.**

Este objetivo general se compone, a su vez, de tres objetivos específicos, coincidentes con las tres grandes agrupaciones en que se ha dividido la función de inspección, vigilancia y control:

1.1. Competencia ante entidades de seguridad social

1.2. Competencia ante entidades estatales

1.3. Competencia ante entidades privadas

2. PREPARAR UN MANUAL O GUIA PARA FACILITAR EL DESEMPEÑO DE LAS LABORES DE INSPECCION, VIGILANCIA Y CONTROL SOBRE LA CALIDAD Y LA EFICIENCIA EN LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD

Este objetivo general tiene como finalidad recopilar, validar y elaborar, cuando sea del caso, así como probar y poner en práctica, incluido el método más indicado para hacerlo, los protocolos, procedimientos, regulaciones, parámetros y/o indicadores que mejor sirvan para evaluar la calidad en la prestación del servicio y la eficiencia en la gestión de las instituciones de salud; en este caso, se debe hacer prevalecer la «autoridad técnica» sobre la «autoridad policiva», sin renunciar a la capacidad sancionadora. Por tal razón, se orienta más a la asesoría y al apoyo en todas las actividades o etapas del proceso de trabajo en salud para prevenir, y no tanto a los actos finales, en que sólo queda la facultad de sancionar o castigar.

En el desarrollo de este objetivo general se deben aplicar concepciones similares a las de **calidad total** o **cero defecto** en la gestión moderna de las empresas, tanto productoras de bienes como de servicios. El control de calidad no debe verse tanto como una actividad final cuanto como un proceso que involucra a todas las actividades y a todas las personas que bajo cualquier modalidad o título tienen que ver con la producción de un bien o la prestación de un servicio.

Este objetivo general se compone de dos objetivos específicos relacionados con la evaluación de la calidad y la eficiencia en la prestación de servicios de salud:

- 2.1. **Auditoría del servicio médico-asistencial**, o sea del servicio personal prestado por profesionales en las ciencias de la salud.
- 2.2. **Auditoría institucional**, o sea de la institución de salud como el conjunto de todos los servicios que la componen, incluidas las áreas administrativa y financiera, y como empresa que tiene responsabilidades ante sus clientes-usuarios.

A su vez, cada objetivo tiene dos partes muy bien delimitadas:

- a. **Parte normativa**, esto es, la recopilación, en sí, de los protocolos, procedimientos, regulaciones, parámetros y/o indicadores, con la identificación muy clara de su origen o procedencia, forma y fecha de elaboración, forma y método de modificación, y otros datos esenciales.
- b. **Parte evaluativa**, es decir, el método o modelo que debe seguirse para evaluar en el proceso de inspección, vigilancia y control el resultado o efecto obtenido al aplicar o desarrollar los protocolos, procedimientos, regulaciones, parámetros y/o indicadores. En la evaluación debe definirse y precisarse bien la fase previa, o de preparación de la evaluación en sí, y la fase posterior, o de identificación del impacto producido por el resultado, conclusiones o recomendaciones de la evaluación.

El manejo de este manual o guía debe hacerse en forma computarizada.

3. **PROCURAR LA PARTICIPACION COMUNITARIA EN LAS ENTIDADES DE LA SEGURIDAD SOCIAL Y COADYUVAR A LA PLENA VIGENCIA DE LAS NORMAS CONSTITUCIONALES QUE RIGEN LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD**

Este objetivo tiene como propósito fundamental lograr que haya una efectiva participación social en las labores de planeación, organización, ejecución y control en las

entidades vigiladas, comenzando porque se ofrezca una atención más humanizada a clientes y usuarios, y se cumplan las normas constitucionales que orientan la prestación de los servicios de salud.

4. **ESTRUCTURAR EL SUBSISTEMA DE INFORMACION DE LA SUPERINTENDENCIA DELEGADA PARA EL CONTROL DE SERVICIOS DE SALUD Y DESARROLLAR Y PONER EN PRACTICA EL MANEJO COMPUTARIZADO DE LA INFORMACION NECESARIA PARA CUMPLIR LAS TAREAS A SU CARGO.**

Este objetivo general debe realizarse en coordinación con la unidad de informática o sistemas de la Superintendencia. En la primera fase consta de tres objetivos o aplicaciones específicos:

4.1. **DESARROLLAR UN SUBSISTEMA DE CONTROL DE QUEJAS Y RECLAMOS DE CLIENTES Y USUARIOS**

Este objetivo específico o aplicación tiene como propósito central desarrollar y poner en práctica un sistema computarizado de manejo de todo lo relacionado con la atención de salud a clientes y usuarios, esto es, reclamos o quejas sobre mala, indebida, insuficiente, inoportuna y/o grosera atención, así como de denuncias sobre el uso inadecuado de los recursos. Este sistema debe ser nacional y uniforme, aunque se opere en forma descentralizada, y, además, debe permitir clasificar los reclamos o quejas por diversos aspectos, con el fin de realizar estudios y presentar recomendaciones a las instituciones vigiladas referentes al ajuste de protocolos, procedimientos, regulaciones, parámetros y/o indicadores, entre otros aspectos, de manera tal que la función de vigilancia y sanción también produzca efectos preventivos y/o correctivos.

En este aspecto se debe trabajar con criterios similares a los que maneja la empresa privada de gerencia de servicios o satisfacción total del cliente o usuario.

4.2. **DESARROLLAR EL MANEJO SISTEMATIZADO DE LAS REGULACIONES SOBRE SERVICIOS DE SALUD**

Este objetivo específico o aplicación tiene como finalidad recopilar en un archivo computarizado todas las normas que tienen relación directa con las funciones de inspección, vigilancia, control y asesoría sobre los servicios de salud, de manera tal que pueda facilitarse la consulta por diversos aspectos o modalidades, utilizando para ello códigos o «descriptores» que permitan el acceso a lo fundamental de la información.

4.3. ORGANIZAR UN BANCO DE DATOS SOBRE ENTIDADES VIGILADAS

Este objetivo específico o aplicación tiene como propósito mantener un banco de datos actualizado sobre todas las entidades vigiladas, con énfasis en aspectos como: datos de identidad fundamental, área o actividades de su competencia o especialidad, servicios de salud que presta, población objetivo, producción, quejas o reclamos de clientes-usuarios, resultados de visitas o evaluaciones efectuadas por funcionarios de la Superintendencia y otros de interés o utilidad general; en este banco de datos debe incorporarse información tanto de nivel nacional como seccional.

2.9.4. Adecuación de la estructura organizativa a las funciones prioritarias determinadas por la misión y los objetivos

La Superintendencia Delegada para el Control de Servicios de Salud tiene a su cargo dos divisiones: 1) la **División de Estudios y Programación** y 2) la **División de Inspección, Vigilancia y Control**.

De acuerdo con la concepción de trabajo que se desea aplicar, la División de Estudios y Programación da más énfasis o prioridad a labores de planeación y fundamentación del **trabajo prospectivo**, en especial en cuanto al desarrollo de técnicas modernas y los indicadores más adecuados para asesorar a los entes vigilados en la implementación --y control posterior-- de parámetros e indicadores de eficiencia y calidad, tanto en la gestión de las entidades como en la atención a las personas. Puede decirse que es la unidad que tiene a su cargo la **planeación estratégica**.

La División de Inspección, Vigilancia y Control da más énfasis o prioridad a labores de orientación, seguimiento y evaluación del **trabajo operativo**, que en lo fundamental debe correr a cargo de las Secciones de Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud de las Superintendencias Seccionales. Es la unidad que coordina todo el trabajo directo del área con los entes vigilados --en cuanto a las funciones de Control de Servicios de Salud--, esto es, gestión de las entidades y atención a las personas. Puede decirse que es la unidad que tiene a su cargo la **dirección estratégica**.

En la División de Estudios y Programación radica la determinación y precisión de objetivos de trabajo, para proponer al Superintendente Nacional de Salud, y en la División de Inspección, Vigilancia y Control el logro de los resultados propuestos, aunque en verdad las dos divisiones deben trabajar en forma conjunta, pues a veces no es fácil hacer o tener muy definida tal distinción. Para facilitar este trabajo se ha establecido un Comité Técnico a nivel de la

Superintendencia Delegada, en donde una vez por semana se discuten los principales trabajos o tareas a cargo de las divisiones.

A su vez, la Superintendencia Delegada para el Control de Servicios de Salud y sus dos divisiones deben trabajar en forma muy estrecha con algunas dependencias del Ministerio de Salud e incorporarse a algunos de sus programas o proyectos, ya que desde allí se promulgan normas y se desarrollan y/o experimentan orientaciones, técnicas, parámetros o indicadores que tienen que ver con sus funciones. En especial es fundamental la vinculación a proyectos como el de **gestión hospitalaria** y el **Manual de acreditación de hospitales**, así como la relación con dependencias tales como la Subdirección de Desarrollo Institucional de la Dirección General Administrativa y la Subdirección de Servicios Asistenciales de la Dirección General Técnica.

En la División de Estudios y Programación se puede trabajar por programas, proyectos o subproyectos, con base en los cuales se asignan responsabilidades específicas, determinadas en el tiempo y en el espacio, de acuerdo con las orientaciones estratégicas identificadas.

En cambio, en la División de Inspección, Vigilancia y Control se debe trabajar según la responsabilidad funcional de la Superintendencia Delegada, que se divide en la actualidad --habría que estar pendiente de lo que pase en el futuro con la reforma de la seguridad social-- en tres grandes campos: a) Entidades de Seguridad Social -Instituto de Seguros Sociales, Cajas de previsión social y Cajas de compensación familiar-, b) Entidades Oficiales -hospitales públicos-, y c) Entidades Privadas -Medicina prepagada y Hospitales privados, en cuanto contraten con entidades vigiladas por la Superintendencia-. Estos tres campos funcionales están bajo la responsabilidad de tres grupos de trabajo de la sección de «Auditoría médico-asistencial e institucional» de la División. En cada uno de estos tres campos la amplitud y profundidad de la competencia puede ser distinta, así como las entidades con las que deben compartirse las funciones de inspección, vigilancia y control.

En las dos divisiones también se puede trabajar bajo la modalidad de consultores, expertos y/o asesores externos, contratados bajo términos de referencia específicos.

Todo este trabajo de la Superintendencia Delegada para el Control de Servicios de Salud requiere el apoyo de diferentes unidades, que en general pueden dividirse en dos grandes modalidades. De un lado, apoyo externo a esta área, que fuera de lo administrativo habitual se concentra en particular en tres aspectos: 1) informática, para el manejo computarizado de los principales programas y aplicaciones definidos para el cumplimiento de la misión y los objetivos, dándole prioridad a lo relacionado con eficiencia y calidad; 2) divulgación, para llevar al conocimiento de los entes vigilados y de la opinión pública lo que está haciéndose o va a hacerse en bien de la eficiencia y la calidad, y 3) capacitación, pues se requiere formar a la mayoría de los funcionarios en las nuevas concepciones y técnicas de trabajo que se propone implementar y

ampliar y profundizar su «horizonte» profesional, avanzando hacia lo que hoy se llama la «transdisciplinariedad».

De otro lado, apoyo interno, para lo cual se ha definido el funcionamiento de una dependencia denominada «Participación social y atención a clientes y usuarios», bajo la responsabilidad directa de la División de Inspección, Vigilancia y Control, la que tendría dos responsabilidades muy específicas a su cargo: 1) el **manejo centralizado de quejas y reclamos**, aunque su respuesta o solución esté en manos de las Superintendencias Seccionales o los grupos de trabajo de la sección de «Auditoria médico-asistencial e institucional» de la División de Inspección, Vigilancia y Control, y la **coordinación operativa**, esto es, el seguimiento en detalle de los objetivos y planes de acción y de las relaciones y compromisos intra y extra Superintendencia Delegada; y 2) la aplicación, en lo que le compete, de la norma constitucional sobre **participación de la comunidad** en los servicios de salud.

2.10. HACIA UN NUEVO SISTEMA DE SALUD. TENDENCIAS Y PERSPECTIVAS

Luego de iniciarse el proceso de descentralización político-administrativa; de tener vigencia una nueva Carta Constitucional y de la reforma del sistema de salud, que incorpora los elementos de las dos primeras, el sector busca acomodarse al modelo de apertura económica, sin sacrificar la responsabilidad social de prestar servicios integrales de salud a la población que se encuentra en condiciones de pobreza y de normatizar y coordinar las acciones en este campo para el resto de colombianos.

Actualmente en el Ministerio de Salud se está discutiendo y perfeccionando un modelo de prestación de servicios basado en un sistema de afiliación universal por medio de un seguro de salud, subsidiado para aquellos que no tienen capacidad de pago; por otro lado se está discutiendo la reforma del Instituto de Seguros Sociales, entidad de seguridad social que cubre aproximadamente al 20% de la población y que por las características de su funcionamiento requiere una reforma de fondo para hacerlo más eficiente y adecuado al modelo económico escogido por el país para continuar su marcha hacia el desarrollo.

2.10.1. Un Nuevo Sistema de Salud. El Reto del Siglo XXI

Los sistemas de servicios de salud no son reproducibles en la medida que hacen parte de la estructura social y cultural que identifica a una nación. Pero, son fuente de experiencias, cuya comprensión en términos de su significado, sus ventajas y debilidades, permite identificar alternativas y caminos de desarrollo.

Los sistemas de salud pueden tener elementos comunes de organización, estructura, modalidades de servicios y microsistemas, pero, en gran parte de los países, son siempre procesos específicos y respuestas a la colisión entre la equidad y el mercado. Esto ocurre con los servicios sociales en los que están en juego las necesidades de la población, el servicio público, la responsabilidad del Estado y los intereses particulares. La forma como resuelve un país esta colisión puede convertirse en un paradigma o un prototipo, que otros países aspiran a imitar. En estas circunstancias se requiere análisis y cautela, pues aunque las formalidades más externas de dos sistemas de salud pueden coincidir, las culturas de las respectivas sociedades tendrán seguramente profundas diferencias. No es explicable el sistema de salud norteamericano sin los valores que se desprenden de la tradición calvinista y sin estos no puede reproducirse. Nuestro sistema de salud y sus perspectivas son incomprensibles si no se inscriben en la forma particular de ingreso a la modernidad que experimentamos, en el sincretismo de nuestra cultura, en el proceso de secularización y de transformación del paternalismo del Estado, de la marginalidad social y las formas arcaicas de subordinación ciudadana.

2.10.1.1. El Gasto en Salud como Indicador

Una de las formas de acercarse a la comprensión de un sistema de salud, quizás prosaica pero útil, consiste en valorar la forma como invierte sus recursos para satisfacer las necesidades de la población.

En el país, el gasto público y privado en salud, ascendió a \$1.386 billones en 1990, equivalente al 6.8% del PBI del mismo año. En términos de esfuerzo nacional este gasto es similar al que realizan países como Canadá e Inglaterra, aunque es mucho menor en términos de dólares per cápita. En la Figura No. 2.1 se observa una versión del gasto en salud en Colombia. Esta estructura refleja nuestro sistema de salud mixto, en el cual un 60.7% de los recursos destinados al gasto provienen del sector privado, pero el sector público maneja la gran mayoría de las instituciones. De los 970 hospitales que existen en el país sólo 21% son de tipo privado. Pese al esfuerzo, se presentan multiplicidad de sistemas de prestación de servicios, baja cobertura e inequidad en la distribución del gasto.

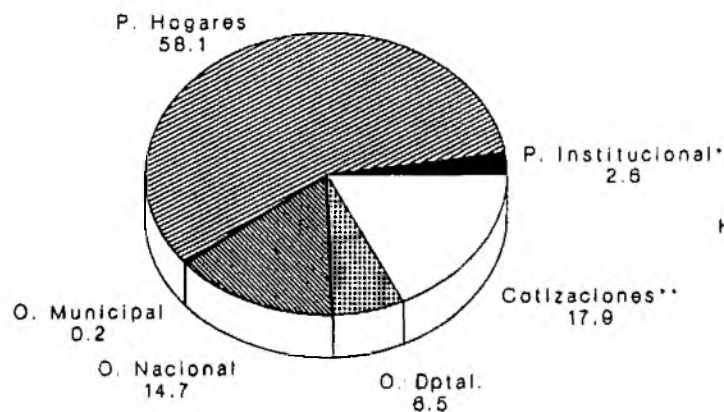
A manera de comparación podemos considerar la estructura del gasto en salud de países como Canadá y Estados Unidos (Figura No. 2.2). En el primero, el sistema de salud es un servicio público, parte integral de la seguridad social, de cobertura universal, financiado con recursos fiscales. Sin embargo, se presenta un nivel de gasto privado en los servicios complementarios ofrecidos por las provincias y el sector privado. Gracias al control de los costos administrativos, del uso de la tecnología y del bajo costo del seguro por mala práctica o error, ha llegado a ser uno de los sistemas más eficientes y eficaces del mundo (1,2).

Estados Unidos es considerado como el modelo de un sistema de salud basado en los servicios privados -en la forma de seguros o medicina prepagada- y organizado como un mercado libre, en el cual concurren múltiples proveedores y múltiples pagadores de servicios médicos. Sin embargo, sólo un 39% de los recursos financieros operan en un mercado libre, mientras que un 42% de los mismos son de tipo estatal, de las cuales 27% corresponden a subsidios destinados a los programas para desempleados pobres y ancianos (Medicaid y Medicare). En este aspecto el Estado asume con recursos fiscales aquello que el mercado y la libre competencia no pueden satisfacer. Las tarifas de los programas subsidiados, según los propios hospitales, generan sobrecostos de los servicios no subsidiados con lo cual se ha generado una amplia, pero no explícita, solidaridad parafiscal.

FIGURA No. 2.1
PROYECTO MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD 1992 - 1996
GASTOS EN SALUD (%). COLOMBIA 1989-1990

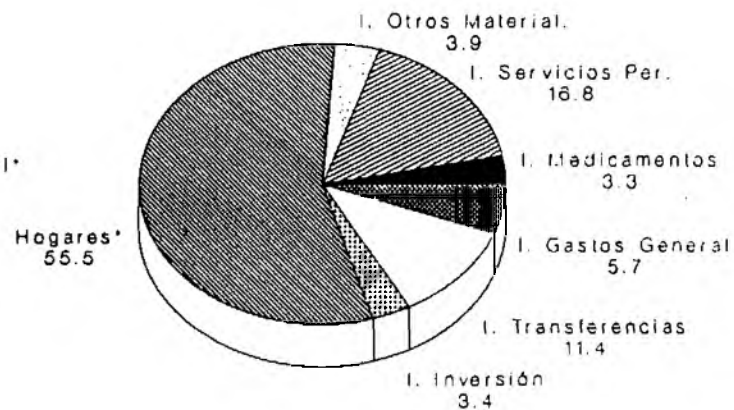
Fuentes: *Análisis Financiero del Sector Salud. 1989. Minsalud*
Apertura a la Salud. Documento DNP-2.531-UDS-Minsalud. 1991

P: privado; O: oficial; I: institucional



Fuentes de los Recursos

- Clínicas y Cruz Roja
- ISS, Cajas y EEPP



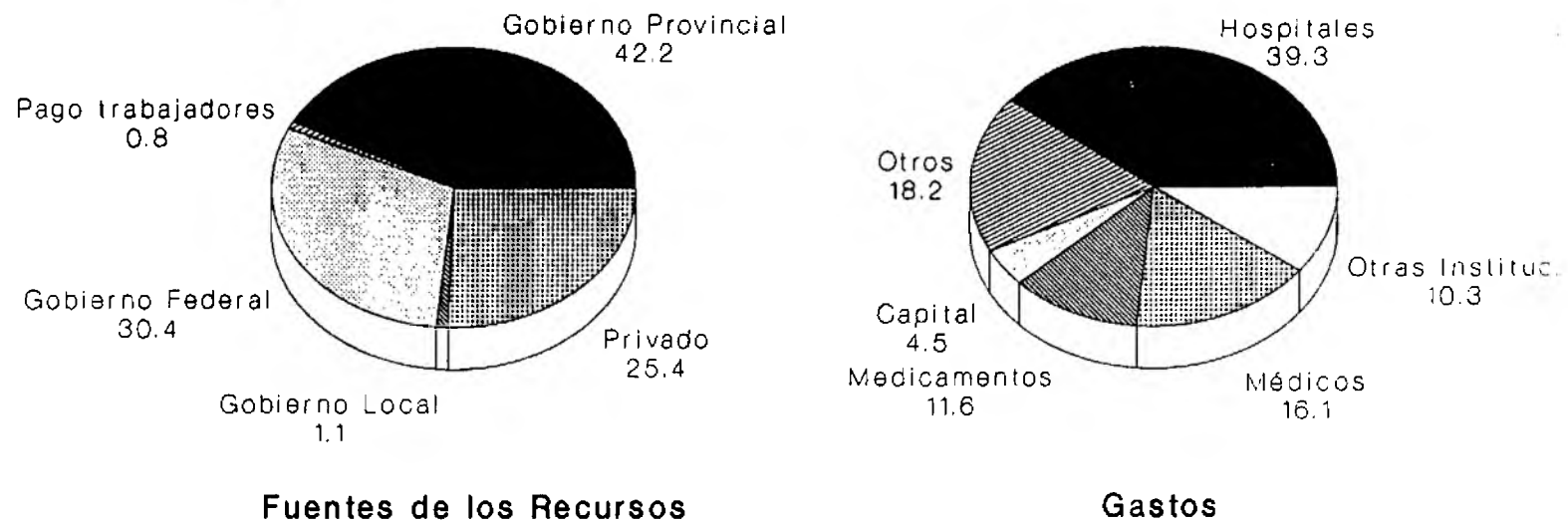
Gastos

- Medicamentos, consulta, laboratorio y equipos

FIGURA No. 2.2

PROYECTO MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD 1992 - 1996

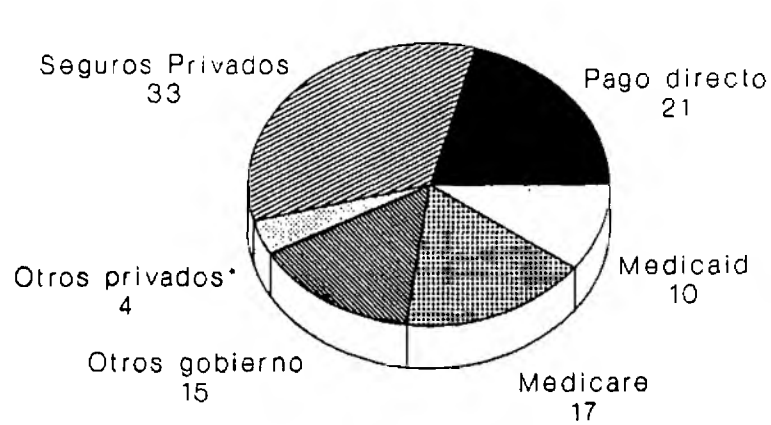
GASTOS EN SALUD (%). CANADA 1988



FUENTE: Health & Welfare Canada

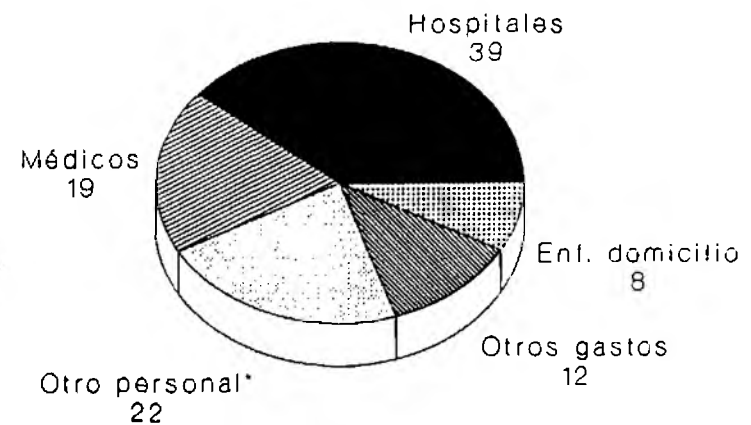
PROYECTO MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN COLOMBIA
 MINISTERIO DE SALUD 1992 - 1996

GASTOS EN SALUD (%). ESTADOS UNIDOS 1989



Fuentes de los Recursos

* Incluye servicios en plantas industriales y construcciones privadas



Gastos

* Incluye odontólogos, otros atención domiciliaria, medicamentos productos ópticos y otros.

Fuente: U.S. Health Care Financing Administration

Este sistema de salud ha llegado a significativos niveles de ineficiencia, en la medida que tiene el más alto gasto del mundo (cerca del 13% del PIB, y se estima que en el año 2000 estará en el 15%), costos crecientes y declinación de la cobertura. Como factores determinantes se reconocen los costos administrativos que representan el 20% del costo total de la atención médica, debido a la utilización de múltiples intermediarios financieros; la utilización inapropiada de la tecnología más costosa y el alto costo de procedimientos innecesarios para evitar las demandas por mala práctica. Como resultado de este proceso, más de 45 millones de habitantes carecen hoy de protección y acceso a la salud -de los cuales dos tercios corresponden a población joven, pobre y ligada a la fuerza de trabajo-, y Estados Unidos presenta la mortalidad infantil más elevada de los países industrializados (3-7). Esto indica que con respecto a un servicio como el de la salud, con tantas implicaciones sociales y de equidad, el mercado libre es un instrumento defectuoso para asignar de manera racional los recursos.

2.10.1.2. Problemas y Respuestas

Más allá de la realidad inmediata de nuestro sistema de salud, está su historia, como organización centralizada, útil en su contexto, que en su etapa anterior se consolidó, igual que en otros países de la región, como un sistema con múltiples esquemas de servicios, fragmentado por clases sociales o estratos de ingreso y con diversas "clientelas institucionales". Este sistema cumplió su papel y ha llegado a la crisis y al momento de renovación. Nuestro sistema de salud se ha convertido en un débil instrumento de desarrollo social y exhibe una progresiva incapacidad para lograr la cobertura universal, para adaptarse a las transformaciones culturales y al nuevo patrón epidemiológico. La nueva Constitución Política incorporó la salud en una renovada concepción de seguridad social y, por tanto, planteó una nueva época para la salud pública, organizada a la luz de los principios de universalidad, solidaridad y eficiencia.

En esta perspectiva, el desarrollo del sistema de salud debe llevarse a cabo operando a fondo sobre los grandes problemas del mismo, con el fin de desencadenar procesos que conduzcan a una renovación global de los servicios de salud. Los problemas más importantes a superar son los siguientes:

1. La multiplicidad y dispersión de servicios de salud

Cinco sistemas de salud diferentes (servicios de salud oficiales, ISS y Cajas, medicina privada liberal, medicina privada prepagada y complejo familia-vecino-expendedor de medicamentos-automedicación), operan en forma incoherente y se superponen sobre tramos importantes de población. Se produce una pérdida del objetivo social de los sistemas, sobrecostos, ineficiencia y ausencia de cobertura de los servicios para un tercio de la población. A esto debe agregarse que la administración de los servicios de salud

asume con alguna frecuencia el manejo de otros sistemas como las prestaciones y seguros económicos, generando frecuentes distorsiones.

2. Organización y modelo de atención

La organización del sector y del sistema de salud es rígida. El sistema de salud oficial y el ISS monopolizan gran parte de la demanda y se presentan un conjunto de obligopolios en diversas áreas del sector. Esto se suma a una demanda inelástica y a un conjunto de distorsiones en la producción, distribución y consumo de los bienes y servicios del sector. El modelo de atención predominante es de tipo curativo con énfasis hospitalario. De otra parte, los espacios laborales comienzan a saturarse, sin que resuelvan los grandes problemas de salud pública. En consecuencia, mientras los costos se incrementan, la eficiencia y la eficacia del sistema se deterioran.

3. Financiación

Como ya se mencionó el gasto público y privado representan cerca del 7% del Producto Bruto Interno. Gran parte de este gasto es de tipo espontáneo, no orientado más que por las fuerzas de un mercado anárquico. El gasto en salud por persona es muy desigual según los estratos sociales y según las diferentes instituciones que componen el sector, dando lugar a una estructura profundamente inequitativa. De otra parte, la financiación opera como un subsidio a la oferta.

4. Calidad

En general, la calidad de la atención es deficiente, en especial en el sector oficial. Carecemos de sistemas de información y evaluación de la calidad de la atención, y el usuario no cuenta con instrumentos ni información para controlar la mala práctica y juzgar sobre la pertinencia de la atención.

Para responder de manera adecuada a la problemática actual y a los retos del futuro, se requiere introducir profundos cambios en la estructura del sistema de salud, en la forma como está organizado, en la relación que tienen los diferentes sectores que lo componen, en los instrumentos y los mecanismos de financiación.

Estas transformaciones tocan aspectos administrativos, jurídicos y políticos del sistema de salud. Las transformaciones deben entenderse como un proceso que toma varios años y que requieren de un período de transición y ajuste de las actuales instituciones del sector, cuyo contenido es necesario precisar. Como proceso debe inscribirse en la situación actual del país, su evolución y su marco constitucional. En la perspectiva contemporánea de apertura, democratización y descentralización, el objetivo fundamental de la transformación del sistema de salud es lograr

una cobertura universal, fundamentada en la solidaridad, la equidad y la eficiencia. A su vez, este objetivo se inscribe en el programa mundial de Salud para Todos en el año 2000.

De manera general es necesaria una respuesta que toque los principales aspectos:

1. Separar las prestaciones y seguros económicos de la financiación y prestación de los servicios de salud.

Este aspecto parece ser de general y extendida aceptación, en tanto la financiación, la administración, la organización, los objetivos y la dinámica del sistema de salud es inconveniente mezclarla con otro tipo de sistemas.

2. Organizar una estructura flexible y competitiva, en un mercado regulado, en el cual concurren entidades o agencias aseguradoras y proveedores de servicios en competencia por el usuario de los servicios.
3. Establecer un sistema de afiliación universal, con un instrumento para recanalizar el gasto que permita brindar, de manera progresiva, protección de salud a la totalidad de la población del país y subsidiar la demanda de quienes no están en condiciones de cubrir los costos de los servicios de salud. Por tanto, el subsidio es calificado.

Por su carácter ampliamente redistributivo y solidario, el instrumento fiscal sería el más conveniente, pero requeriría convertir todo tipo de cotización en un impuesto directo e implicaría una reestructuración inmediata del sistema de impuestos. A esta primera alternativa se debe tender en el mediano y largo plazo. Otro instrumento para recanalizar sería la privatización, introduciendo el lucro privado como criterio de regulación, en un mercado libre a sus propias fuerzas.

Como la rentabilidad privada no armoniza con la solidaridad, este tipo de canalización tendría un impacto negativo sobre las desigualdades sociales y no conduce a la cobertura universal. Un tercer instrumento sería un sistema de seguro de salud al que aportan tanto el Estado -por medio de subsidios- como las personas, con criterio de solidaridad y equidad. Esta alternativa permite alcanzar la cobertura universal, y establece la dimensión precisa de la evolución del sistema hacia una futura financiación fiscal.

4. Identificar e implementar los componentes de un programa de eficiencia y calidad de los servicios en el marco de un nuevo sistema de salud.

5. Instaurar un sistema de salud descentralizado que, por su naturaleza, organización y objetivos, se fundamente en la promoción de la salud y en la prevención de las enfermedades, marco en el cual se estructuran los sistemas locales de salud y operan los servicios en sus diferentes niveles de atención.

2.10.2. Características del Nuevo Sistema de Salud

Las características generales y fundamentales del nuevo sistema de salud se indican a continuación.

2.10.2.1. Descentralización y Municipalización

Un sistema de salud descentralizado y municipalizado, en el cual todos los servicios de salud de los departamentos y municipios quedan bajo la orientación general de las autoridades estatales respectivas. El Servicio o Secretaría de Salud asume como funciones principales, entre otras, la planeación global del sistema, el encauzamiento de los criterios de solidaridad, equidad y eficiencia, el desarrollo de la política de cobertura universal, la vigilancia y control epidemiológico, la dirección de las campañas públicas de promoción y prevención, el saneamiento ambiental, la habilitación inicial de las instituciones hospitalarias, y el control y supervisión de las agencias y entidades prestadoras de los servicios de salud.

2.10.2.2. El Sistema de Afiliación Universal: el Seguro de Salud

El seguro de salud o sistema de afiliación es universal, integral, descentralizado, obligatorio, de extensión progresiva, solidario, garantizado por el Estado, válido en todo el territorio nacional y fundamentado en la cooperación entre el sector público y privado. Es el instrumento para reorientar el esfuerzo nacional del gasto en salud, para armonizar las coberturas y amparos de los diferentes sistemas de prestación de servicios, para brindar cobertura universal, proveer los recursos financieros y estimular el enfoque de promoción y de prevención.

2.10.2.2.1. La factibilidad económica

Atendiendo al gasto en salud que se realiza en el país, como se indicó líneas atrás, un sistema de cobertura y acceso universal es factible con los recursos existentes, vale decir sin crear nuevos impuestos. El costo de un sistema de salud universal, a precios de 1991 oscilaría entre \$ 70.000 y 115.000 por familia año, dependiendo del nivel de cubrimiento del seguro. Con el primer valor se proporcionaría una atención básica de excelente calidad, y con el segundo la

protección cubriría todos los niveles, incluyendo la atención hospitalaria según las tasas de utilización y los riesgos catastróficos que operan en el país. Estos costos se estiman con el nivel de ineficiencia prevalente, es decir, en las condiciones menos apropiadas, y con los tipos de servicio que proporcionan actualmente la gran mayoría de hospitales, de acuerdo con el grado de desarrollo científico y tecnológico del país.

Para cubrir a 6.1 millones de familias con todos los niveles de atención serían necesario \$ 702 mil millones. En el sector público (situado fiscal, rentas departamentales y municipales, y cotizaciones) durante 1991 se dispuso de recursos que equivalen al 80% de esta cifra. Contando con recursos previsibles para los próximos años como los generados por el seguro obligatorio de accidentes y ECOSALUD, la disponibilidad se elevaría al 86%, con lo cual sólo un 14% del valor total del seguro de salud sería necesario obtenerlo recanalizado una parte del gasto privado actual, introduciendo en el sistema de seguro social de salud a la población que actualmente no lo tiene. Podría suponerse que resultará atractivo para muchas familias contar con un seguro de salud como el que se propone para sustituir los altos costos, por el gasto espontáneo e ineficaz, en que incurren actualmente.

Como los factores de riesgo de salud, las probabilidades de enfermar y morir, las tasas de utilización de los servicios y de las tecnologías, la población, el empleo y la riqueza se distribuyen de manera desigual entre los sectores sociales y las regiones del país, la factibilidad económica reposa en los siguientes supuestos:

1. La afiliación es progresiva hasta alcanzar la universalidad.
2. Los riesgos y las probabilidades de enfermar y morir se distribuyen entre toda la población.
3. Se reorienta el gasto de las instituciones públicas de salud y se recanaliza progresivamente el gasto privado.
4. Concurren en un régimen común de aseguramiento en salud los recursos de origen fiscal y los que provienen de las cotizaciones de los empleados, empleadores y la población.
5. Los fondos fiscales se utilizan para subsidiar los servicios a la población que carece parcial o totalmente de recursos económicos. Deben operar como instrumentos de solidaridad y por lo tanto requieren transformaciones en la forma como son utilizados. En especial, el situado fiscal requiere un replanteamiento profundo y específico que lo convierta en un subsidio a los sectores más pobres de la población.
6. Existe una amplia solidaridad parafiscal, no inferior a la actual.

7. Se cuenta con mecanismos e instrumentos para redistribuir los recursos del seguro de salud en proporción a los aportes, la eficiencia y la pobreza, para estabilizar el sistema, afrontar los riesgos y las enfermedades catastróficas.

2.10.2.2.2. Los recursos del seguro

La visualización del panorama actual de la financiación institucional de la salud revela una variedad de sistemas con un grado muy bajo de coherencia y homogeneidad, lo cual impide comparar los servicios en términos de costo-efecto.

La Figura No. 2.3 revela esta situación e ilustra sobre algunos de los sistemas de financiación actuales: sector oficial, ISS, Caja Nacional de Previsión y Compensar.

Para lograr sus objetivos, el seguro de salud contaría con los siguientes recursos:

- Los aportes de la Nación, los departamentos y los municipios, dentro de los cuales estarían incluidos el situado fiscal, las transferencias y las rentas cedidas.
- Las cotizaciones de los afiliados, correspondientes a un porcentaje del valor de las remuneraciones de los empleados, trabajadores y obreros del sector público y privado. Dos tercios de la cotización serán aportadas por el empleador y un tercio por el empleado. La cotización tendrá un cubrimiento familiar y podrá ampliarse más allá del primer grado de consanguinidad o afinidad por medio de cuotas adicionales.
- Los aportes de los jubilados del sector público y privado.
- Los aportes que se establezcan a los sectores que se encuentran en regímenes productivos informales, de microempresas, empresas de economía familiar, campesina y similares.
- Las cuotas moderadoras, deducibles, franquicias, etc.
- Los rendimientos financieros.
- Los excedentes económicos.

La cotización en el sector productivo formal estaría entre el 10 y 12% del valor de las remuneraciones. Esto, por cuanto el cubrimiento del seguro sería familiar y cobijaría también la parte de salud relativa a los accidentes de trabajo y la enfermedad profesional.

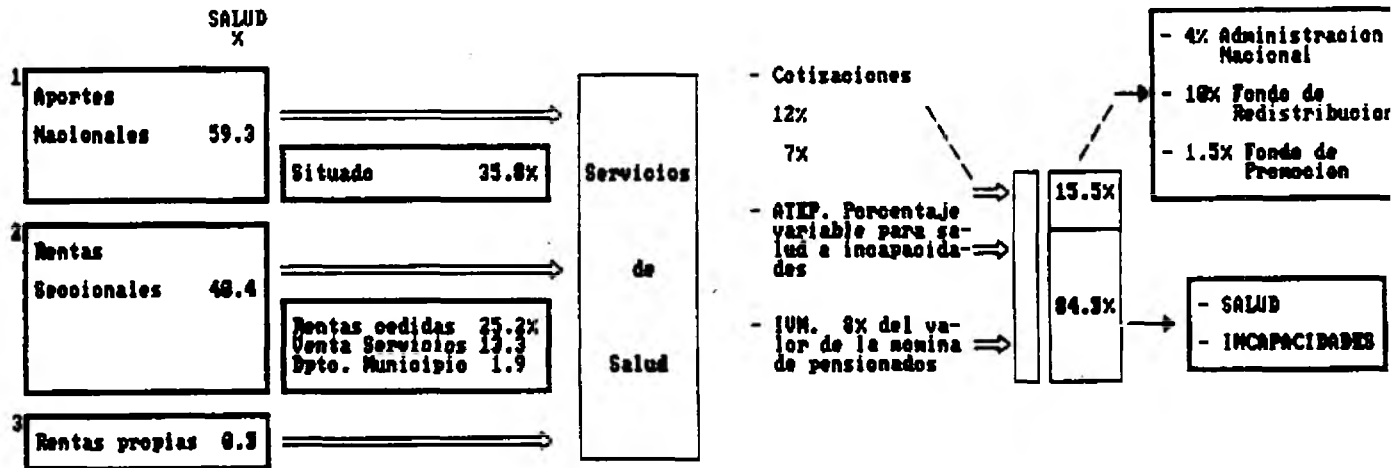
FIGURA No. 2.3

PROYECTO MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN COLOMBIA
 MINISTERIO DE SALUD 1992 - 1996

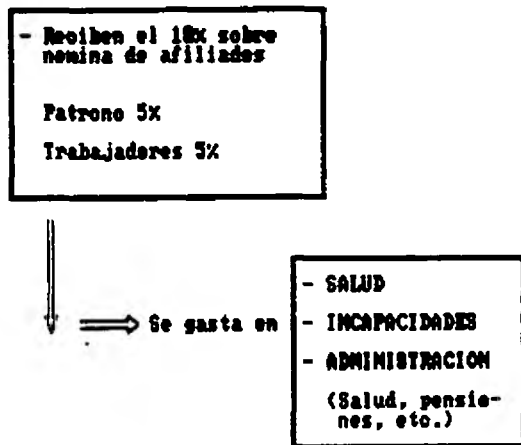
COLOMBIA. SISTEMAS DE FINANCIACION

SECTOR OFICIAL DE SALUD. 1990
 Financiacion del Gasto

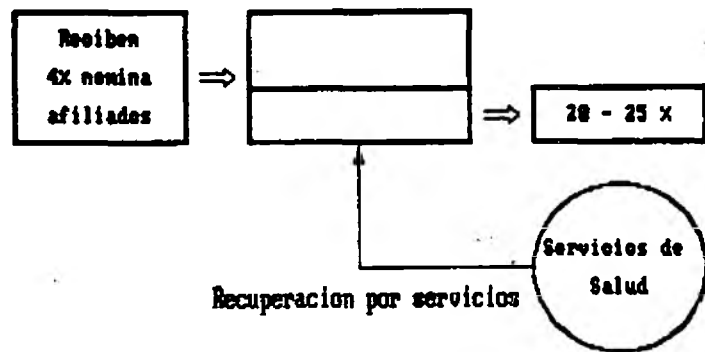
Instituto de Seguros Sociales



CAJA NACIONAL DE PREVISION



COMPENSAR



Recuérdese, a manera de ejemplo, que las cotizaciones actuales en el Instituto de Seguros Sociales son del 7% en el sistema clásico y del 12% en el sistema familiar. Así mismo, el ISS utiliza en servicios de salud y en incapacidades un porcentaje variable del seguro por accidente de trabajo y enfermedad profesional, y el 8% del valor de la nómina de los pensionados.

La Figura No. 2.4 resume la financiación del seguro de salud propuesto y permite observar la simplificación de la estructura financiera del gasto en salud que tendría lugar.

En determinadas condiciones, por ejemplo, una región con altos niveles de empleo y de ingresos, o una elevada eficiencia de la agencia del seguro y de los servicios de salud, pueden resultar excedentes económicos en el balance de un período. Estos excedentes se convierten en recursos del seguro los cuales pueden utilizarse en redistribución solidaria, premios a la eficiencia, equipos e infraestructura, según proporciones que deben ser establecidas.

2.10.2.2.3. La dirección del Seguro de Salud y el Fondo de Solidaridad

Para que el Seguro de Salud sea coherente a nivel nacional y pueda cumplir sus objetivos requiere un organismo de dirección, con autonomía administrativa y patrimonio propio, adscrito al Ministerio de Salud. Esta dirección del seguro de salud se encarga de establecer las políticas, promover y desarrollar las prestaciones integrales a nivel nacional, conducir el sistema de seguro, supervisar los planes de aseguramiento seccionales, establecer las políticas de reaseguramiento, estabilización y riesgos catastróficos, y distribuir los recursos destinados al cumplimiento de la solidaridad en todo el país.

Por estas funciones, la dirección del seguro es un instrumento de coordinación y desarrollo, en el marco de un sistema de salud y un seguro descentralizados.

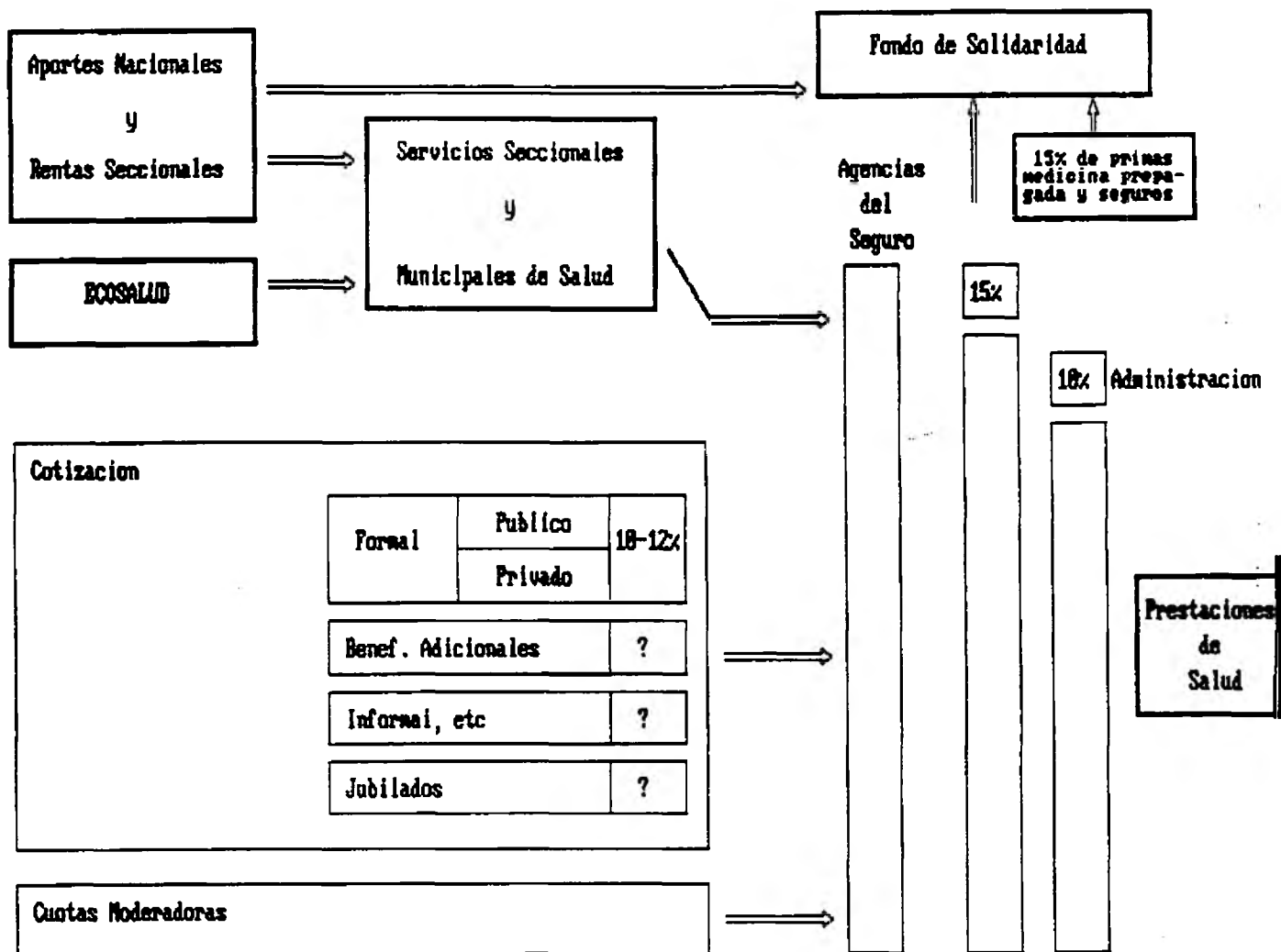
Como una cuenta de la dirección del seguro de salud funcionará el **Fondo de Solidaridad**, encargado de administrar los recursos aportados por la Nación y los particulares y los traslados de los agentes del seguro de salud. Así mismo se encargará de trasladar los recursos que se requieran para responder a los programas de reaseguro, estabilización, riesgos catastróficos y redistribución. Estas funciones son de vital importancia para lograr la cobertura universal de los servicios de salud, en forma equitativa y solidaria. Este fondo es el instrumento que permite desarrollar junto a la solidaridad vertical entre sectores sociales, la solidaridad horizontal entre regiones.

FIGURA No. 2.4

PROYECTO MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DESALUD EN COLOMBIA
 MINISTERIO DE SALUD 1992 - 1996

SISTEMA DE AFILIACION UNIVERSAL

Financiación del Seguro de Salud Nacional



El Fondo de Solidaridad contará con los siguientes recursos: aportes de la Nación, el 15% de los recaudos mensuales de las agencias del seguro, el 15% de las primas o cuotas de medicina prepagada y de los seguros comerciales de salud (porcentaje que debe quedar incluido en las notas técnicas correspondientes), los legados, donaciones y similares, y los rendimientos financieros.

2.10.2.2.4. La organización del Seguro de Salud o Sistema de Afiliación Universal

De manera general la organización puede concebirse como un sistema en el que, por un lado, existe una dirección general y un fondo de solidaridad que mantienen el equilibrio, el curso y los propósitos y, de otro lado, un conjunto de agencias aseguradoras y múltiples proveedores de los servicios, ubicados en un ámbito seccional y municipal, y ampliamente descentralizados. El papel de esta organización es proporcionar a la población los servicios de salud que se requieren, atendiendo a aquellos que hacen parte del seguro de salud y aquellos que corresponden a requerimientos de carácter individual. Desde este punto de vista es indispensable considerar el contenido y el alcance del seguro de salud.

2.10.2.2.5. Las prestaciones del seguro de salud

El seguro de salud consiste en un paquete básico integral de servicios que incluye la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, y está organizado por niveles de amparo. Más allá del alcance del seguro social de salud, podrán existir seguros complementarios.

Cuál debe ser el alcance del seguro social de salud?

El diseño del paquete de servicios debe atender a las siguientes condiciones:

1. El patrón epidemiológico del país y sus principales perfiles regionales.
2. Los objetivos y la política del Sistema Nacional de Salud, incluida las políticas de Atención Primaria y de Atención Básica Gratuita.
3. Los principales factores de riesgo.
4. La transformación del modelo curativo en un modelo de promoción de la salud y prevención de las enfermedades, instrumentalizado en los ámbitos municipales y a nivel familiar, comunitario y social.

El paquete de servicios debe ser flexible y susceptible de adaptaciones según las características epidemiológicas regionales.

El alcance o tipo de servicios que cubre el seguro de salud está determinado por: 1. El costo del paquete servicios apropiado y pertinente para el patrón epidemiológico del país; 2. El desarrollo científico y tecnológico del sector salud; 3. La magnitud de los recursos que concurren en su financiación y, 4. La proporción de la parte dedicada al subsidio, sujeta a redistribución local, regional o nacional, y de la población que lo requiere.

En una primera aproximación para nuestro caso, contamos con un patrón epidemiológico mixto (enfermedades infecciosas, traumas y heridas, infartos y cáncer), una población a ser subsidiada, parcial o totalmente, de una magnitud apreciable, unos recursos suficientes para brindar un cubrimiento universal, pero dispersos, de los cuales el 46% se utilizaría como subsidio. En estas condiciones es conveniente que el paquete se conforme con servicios de todos los niveles de atención y altamente integrales, ya que de otra forma una parte importante de la población quedaría desprotegida con respecto a servicios indispensables. De esta manera, la transformación global del sistema de salud podría generar la credibilidad que se requiere por parte de los ciudadanos y usuarios.

Como servicio público el seguro social de salud se conforma como un paquete semejante en todo el país, con las variaciones, ajustes y adaptaciones que se desprendan de las diferencias regionales y locales. Sus servicios, tarifas y condiciones en que se proporcionan tienden progresivamente a estandarizarse.

Sin embargo, debe recalarse que los riesgos que afectan la salud operan con probabilidades diferenciales, y aún con el más flexible e integral paquete de servicios, se presentará un período de desajuste que podrá afectar el alcance y la integralidad del seguro en algunas regiones y municipios, mientras se logra estabilizar el sistema y operan con eficacia el reaseguro y la redistribución.

El seguro básico integral y los seguros complementarios son dos modalidades diferentes e independientes.

Los seguros complementarios al paquete básico integral se ocuparían de cubrir los gastos que excedan las tarifas, los servicios no sustitutivos, no indispensables y de las condiciones en que estos son proporcionados. Este tipo de seguros se financia de manera individual, según las primas ligadas a los riesgos.

Las fronteras entre el paquete básico integral, que proporciona el seguro de salud, y los seguros complementarios, son complejas. En nuestras condiciones, con una amplia población que debe ser subsidiada, un paquete básico integral de bajo perfil conduce con prontitud a una odiosa discriminación en la que surgen ciudadanos de segunda y tercera categoría sin acceso a los servicios indispensables. Los proveedores no facilitan la integralidad del servicio sino que los usuarios deben buscarla, lo cual crea redundancias de protección en una franja de la población y sobrecostos e ineficiencia en una franja de los servicios. Además, genera una potencial y peligrosa fuente de déficit financiero hospitalario en el sector público que debe manejar sus pacientes según la severidad del cuadro clínico y no según el cubrimiento del seguro.

Pero, en el otro extremo, un paquete básico integral con un perfil demasiado alto desestimula el sistema de seguros complementarios, de reaseguros, y puede introducir sobrecostos por procedimientos innecesarios, utilización inadecuada de la alta tecnología e ineficiencia.

2.10.2.3. Las Agencias del Seguro de Salud

Las actuales instituciones oficiales y mixtas que administran y prestan servicios de salud, y las de tipo privado que deseen hacer parte del sistema público de salud, se transforman en dos tipos de instituciones:

- a. Instituciones prestadoras de los servicios de salud, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, como lo establece la Ley 10 de 1990.
- b. Agencia del seguro de salud nacional o del sistema de afiliación universal.

Las organizaciones de salud actuales, públicas y privadas, pueden ubicarse en uno u otro campo. Si aspirasen a operar en ambos campos, tendrían que llevar a cabo transformaciones institucionales y jurídicas de cierto alcance, ya que no sería conveniente ni permisible que las instituciones manejadoras del sistema de afiliación o del seguro de salud, prestaran también servicios de salud.

Unas y otras instituciones deben cumplir los requisitos de acreditación y solvencia para operar como tales y estarían sometidas a la vigilancia del Ministerio de Salud, la Superintendencia de Salud y los Servicios Seccionales y Municipales de Salud.

Podrán ser agencias descentralizadas del seguro de salud o del sistema de afiliación universal, entidades privadas sin ánimo de lucro y públicas de nivel municipal y seccional, que cumplan los requisitos y sean autorizadas por el gobierno. Las agencias del seguro no podrán prestar servicios de salud.

La posibilidad de contar, en la primera fase del nuevo sistema de salud, con varias agencias del seguro, en especial en las grandes ciudades y municipios, por ejemplo los que cuentan con más de una institución hospitalaria, o sea el 9% de los municipios del país, facilita el proceso de afiliación activa de la población. Tal ventaja debe ser sopesada contra los dos riesgos que introduce esta alternativa: la tendencia a la fragmentación de la afiliación en multitud de agencias ineficientes y la estratificación de la población por selección adversa. Por esta razón, en lo que toca con el paquete básico integral, será necesario establecer sistemas de control sobre el proceso de afiliación al seguro de salud, de tal manera que el perfil de edades, ingresos, riesgos y geográficos de los afiliados sea resultado sólo de las preferencias de los usuarios. Para evitar una selección adversa de la población no sería permitido rechazar a ningún usuario que desee afiliarse en determinada agencia, ni tener en cuenta su situación previa (preexistencias), ni imponer restricciones a la libre selección o acceso a los servicios de salud.

Una vez que el nuevo sistema de salud avance en su consolidación es probable que en los grandes municipios y ciudades operen un número pequeño de agencias del seguro, con una escala de población afiliada de suficiente magnitud como para que se ubiquen cerca del punto óptimo de eficiencia, sin estratificar en forma adversa la población.

Las agencias administran el seguro de salud, o sea el paquete básico integral y los seguros complementarios. Este último tipo de seguros puede ser administrado también por entidades privadas con ánimo de lucro. Las agencias se encargan además, de la afiliación de los usuarios, de la contratación de los proveedores, de los recaudos, la facturación y del manejo financiero, incluidos los subsidios del Estado. Se establecerán parámetros para estimar los costos administrativos de las agencias según el número de afiliados, pero aquellos no sobrepasarán el 10% del valor de las cotizaciones, descontado el aporte al Fondo de Solidaridad.

Los usuarios seleccionan libremente la agencia del seguro en la cual desean afiliarse y cotizar. Son numerosos los métodos y procedimientos que pueden utilizarse para hacer efectiva la afiliación y la cotización al seguro de salud, desde el descuento sobre la remuneración hasta el recaudo por medio del recibo de pago de los servicios públicos. En todo caso, serán necesarias iniciativas innovadoras para contar con instrumentos diversos que permitan ampliar la afiliación, y captar en forma oportuna los aportes al seguro de salud.

2.10.2.4. Los Proveedores de los Servicios de Salud

Las instituciones prestadoras de los servicios de salud, públicas o privadas, podrían ser independientes, pertenecer a una red o a una empresa de carácter local, seccional, regional o nacional y operarían en un ámbito local, municipal, seccional y regional, y a diferentes niveles de atención.

En todos los casos, las relaciones entre las agencias y los proveedores de servicios se llevarían a cabo en el nivel municipal y seccional.

Unas pocas instituciones, o servicios diagnósticos y clínicos de alta especialidad y tecnología, podrían ser categorizados como de referencia nacional.

2.10.2.4.1. Libertad de elección y asignación territorial

El usuario selecciona con entera libertad el proveedor del servicio asistencial cuando requiera la atención como enfermo. Esta libertad de elección puede llevar hasta la selección del profesional tratante en el caso de la atención ambulatoria, pero se limita a medida que la atención se torna hospitalaria y es la propia red de servicios la que debe asignar el sitio apropiado de manejo.

En los aspectos de promoción y de prevención de las enfermedades, en cuanto al manejo de los grupos de alto riesgo, de los riesgos poblacionales y las campañas masivas, cuyo propósito es mantener saludable a la población o evitar que se enferme, las actividades de salud tienen una base territorial y operan sobre el individuo, la familia, la comunidad, la población laboral, etc. En este aspecto es imprescindible una asignación territorial que ubique a las instituciones prestadoras de los servicios en un espacio geográfico y poblacional definido, para conformar un sistema local de salud. Esto significa que las instituciones prestadoras de los servicios reciben pacientes y manejan un área geográfica determinada, lo que exige una metodología de planeación acorde con los sistemas locales de salud, la descentralización e inscrita en el plan municipal de desarrollo social.

Aunque durante un período pueden presentarse incongruencias y desajustes entre el manejo de los consultantes y el del área geográfica y poblacional, en el tiempo tenderá a calificarse y reducirse la demanda asistencial y con la homogenización de la calidad entre las instituciones de servicios, aquella reducirá su radio de escogencias y se concentrará sobre el área geográfica en la que se administra la salud de la población. En medio de la libertad de elección la demanda será calificada y educada, y las personas tenderán a escoger las instituciones ubicadas en su área geográfica o próxima a ésta. De esta manera es posible avanzar en la transformación del modelo de atención curativo, basado en la enfermedad, de costos crecientes y eficacia reducida, en un modelo de promoción de la salud.

2.10.2.4.2. Libertad de elección y redes de servicios

En las condiciones y procesos señalados en el punto anterior es posible que las instituciones de salud puedan operar como una red funcional de servicios, organizada por niveles de atención. En otros términos, la soberanía del usuario no conduce a la irracionalidad ya que en el plano asistencial el manejo de su problema debe hacerse de acuerdo con la urgencia, gravedad y complejidad del mismo, en el nivel de atención que le corresponde. El usuario selecciona y la red de servicios lo ubica en el servicio apropiado.

2.10.2.4.3. Sistemas de contratación y formas de pago

Los servicios de promoción y prevención a nivel local y regional (difusión, educación, vacunación, etc) se pagan según los criterios establecidos por los respectivos programas de salud pública, su cobertura y su impacto. Los servicios asistenciales -ambulatorios y hospitalarios- se pagan según tarifas basadas en costos estándar por tipo de procedimiento y por el sistema de anticipos y reembolsos por servicios prestados y volumen de producción. En condiciones específicas, caben también los sistemas de contratación que incluyen regulaciones salariales, la "capitación", facturas individualizadas y tarifas diarias por diagnóstico. El sistema de pago incluye premios, incentivos o bonificaciones por eficiencia, uso adecuado de la tecnología costosa y calidad del servicio.

Control de costos. Los métodos viables que pueden implementarse en una estructura como la propuesta, son numerosos. Cabe mencionar los siguientes:

- La reducción de los costos administrativos por medio de la competencia.
- La regulación del número de agencias del seguro según la cobertura, la población y el paquete de servicios.
- El desarrollo de normas de adquisición tecnológica.
- Las tarifas con base en costos estándar.
- Las tarifas de los servicios más costosos, incluye una porción relacionada con la pertinencia del mismo.
- Los sistemas de contratación y las formas de pago ya mencionadas.
- Introducción de criterios de costos en la distribución del situado fiscal.

- Mecanismos para orientar la utilización adecuada de la tecnología (guías de procedimientos y similares) y de los servicios (franquicias, cuotas moderadoras, deducibles, etc).

Participación comunitaria. Representantes de las comunidades deben tener cabida en el organismo directivo de las instituciones prestadoras de los servicios de salud y del servicio municipal y departamental de salud.

2.10.2.5. La Calidad de los Servicios

Las transformaciones que permiten al usuario seleccionar la institución que debe prestarle los servicios de salud, que establecen nuevos sistemas de contratación de los servicios e introducen un modelo de atención fundamentado en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, son las condiciones objetivas que permiten operar con eficacia un programa de calidad de la atención, previamente establecido.

2.10.3. Eficiencia y Rentabilidad Social

En el modelo propuesto concurren una variedad de factores cuya interacción tiende a la eficiencia del sistema, conservando la solidaridad social frente a los riesgos, imprescindible en nuestras condiciones. Un efecto similar no es posible lograrlo dejando este tipo de servicios a las fuerzas del mercado, que en este campo opera de manera limitada.

Los factores que generan eficiencia son los siguientes:

- Una economía de escala superior a la de cualquier otro sistema de salud.
- La ruptura de los monopolios de la demanda y de las clientelas institucionales.
- La competencia entre agencias aseguradoras y proveedores de los servicios en torno al usuario.
- La libertad de elección de la agencia aseguradora y de la entidad que presta los servicios, por parte del usuario.
- La empresarialización de las instituciones públicas que prestan los servicios de salud.
- Los subsidios calificados a la demanda.

- El paquete de servicios pertinente e integral.
- Las formas de contratación y de pago a los prestadores de los servicios de salud.
- El control de costos, en los términos planteados líneas atrás.
- El usuario como centro del sistema.

Al colocar juntos la solidaridad, la empresalización y la eficiencia, la mayoría de las instituciones que conforman el sector salud pueden fundamentarse en la rentabilidad social. Y estas condiciones no impiden que las entidades con ánimo de lucro cumplan sus objetivos.

2.10.4. Apertura de la Salud

Desde el punto de vista global el nuevo sistema de salud se ubica en algún punto entre el modelo de Estados Unidos, de mercado libre intervenido, el de Inglaterra de Servicio Nacional de Salud, y del Canadá, de seguridad social de salud.

En su diseño como una respuesta a los retos de nuestra sociedad y nuestra cultura, se ha intentado minimizar las debilidades y maximizar los aspectos positivos de otras experiencias reconocidas como prototipos. De esta forma aspiramos a contar con un sistema que reúna las condiciones requeridas para afrontar con éxito el reto de los próximos años: la cobertura universal de los servicios de salud y el control eficaz de los costos.

Desde esta perspectiva, la apertura de la salud, antes que la copia mecánica de la experiencia de otros países o la privatización a ultranza -tan poco viable como la idea de un mercado libre en salud, inexistente en el planeta-, significa el replanteamiento de la cooperación del sector público y privado, en términos de responsabilidad compartida y rentabilidad social.

2.11. PROPUESTAS PARA EL NUEVO MODELO

A continuación se presentan las propuestas que se están discutiendo actualmente sobre el modelo de salud; en primer lugar la del Ministerio de Salud, contenida en un proyecto de ley que se discute en el Parlamento y que se refiere a la creación del Seguro de Salud Nacional; luego la del Departamento Nacional de Planeación: "Propuesta de Reforma al Sistema de Salud en Colombia"; la del Instituto de Seguros Sociales "propuesta para la prestación de servicios personales de salud dentro de la seguridad social" y un informe de la Comisión Constitucional de Seguridad Social sobre las características requeridas para un nuevo sistema de salud y un análisis de las anteriores propuestas.

2.11.1. Seguro de Salud Nacional (SESANA)

PROYECTO DE LEY

Por la cual se crea el Seguro de Salud Nacional

EL CONGRESO DE LA REPUBLICA

DECRETA:

CAPITULO I

CARACTERISTICAS Y OBJETIVOS DEL SEGURO

ARTICULO 1.- Créase el Seguro de Salud Nacional (SESANA) con el alcance de un seguro social, a fin de que todos los habitantes del país puedan gozar del derecho a la salud y contar con servicios de buena calidad, sin discriminación social, económica o geográfica.

El Seguro de Salud Nacional es un instrumento para desarrollar un sistema de salud de cobertura universal, estructura pluralista, descentralizado y de amplia participación comunitaria, que responda a las características de la democracia social moderna y reafirme la solidaridad nacional.

ARTICULO 2.- El Seguro de Salud Nacional tiene las siguientes características:

1. **Universal:** Cubre al sector público y privado y su cobertura se extenderá progresivamente a todos los ciudadanos y regiones del país, de acuerdo con la reglamentación que expida al respecto el Gobierno Nacional.
2. **Integral:** Cubre los riesgos y contingencias que afectan la salud de las personas y la atención, ambulatoria y hospitalaria, de las mismas.
3. **Descentralizado:** Es administrado por las entidades territoriales de nivel municipal y departamental, en correspondencia con las políticas nacionales.
4. **Colaboración:** Se fundamenta en la financiación y administración compartida entre el sector público y privado.
5. **Alcance:** Es válido en todo el territorio nacional.
6. **Solidaridad:** Opera como un instrumento redistributivo entre las personas, familias y regiones con mayores recursos y oportunidades, y las personas, familias y regiones con menores recursos.
7. **Garantía:** El Estado garantiza el acceso al Seguro de Salud, de todos los ciudadanos, independiente de su capacidad de pago, por medio de un sistema de subsidios para la población carente de recursos.
8. **Obligatoriedad:** Todos los habitantes del país deberán estar afiliados al Seguro de Salud Nacional.

ARTICULO 3.- Objetivos. El Seguro de Salud Nacional tendrá como objetivos:

1. Reorientar el esfuerzo nacional del gasto en salud.
2. Armonizar las coberturas y amparos de los diferentes sistemas de prestación de servicios de salud.
3. Proveer los recursos financieros suficientes para prestar servicios de salud integrales, equitativos y solidarios.

4. Estimular la prestación de servicios de salud tendientes a la promoción, protección, recuperación y rehabilitación que correspondan al mejor nivel de calidad disponible, y permitan a los usuarios obtener servicios equivalentes según su situación y necesidad, sin ninguna discriminación de tipo económica o social.

CAPITULO II

AGENTES DEL SEGURO

ARTICULO 4.- Pueden ser agencias descentralizadas del Seguro de Salud:

1. Las entidades públicas del orden seccional autorizadas por el Ministerio de Salud.
2. Las entidades públicas del orden municipal, autorizadas por el gobierno seccional.
3. Las entidades mixtas o privadas sin ánimo de lucro, de ámbito Seccional, Distrital o Municipal, independientes o asociadas y de carácter asociativo, autorizadas por el gobierno seccional.

ARTICULO 5.- Las agencias administradoras del Seguro de Salud manejarán los recursos aportados por los afiliados y por el Estado, y contratarán la prestación los servicios necesarios para la atención de la salud de la población afiliada.

PARAGRAFO PRIMERO.- Las entidades manejadoras de los recursos financieros no podrán prestar atención directa de salud a los afiliados o a la población.

PARAGRAFO SEGUNDO.- El Ministerio de Salud establecerá los criterios y procedimientos para determinar la elegibilidad de las agencias del seguro, según la población, el número estimado de afiliados, los perfiles epidemiológicos, los modelos de atención requeridos, el grado de complejidad y los recursos de la administración pública, de los Municipios, Distritos y Departamentos.

ARTICULO 6.- El Ministerio de Salud llevará un Registro Nacional de las agencias del Seguro de Salud, en el que inscribirá a las entidades autorizadas para actuar como tales agentes. Formalizada la inscripción expedirá la certificación que permite a la respectiva entidad cumplir las funciones de agencias del Seguro de Salud.

CAPITULO III

BENEFICIARIOS DEL SEGURO

ARTICULO 7.- Son beneficiarios del Seguro de Salud Nacional:

1. Lo asegurados que contribuyan a su sostenimiento, así como sus familiares comprendidos en el primer grado de consanguinidad o afinidad, que dependan económicamente del afiliado. Sin embargo, el reglamento puede establecer las condiciones y requisitos exigibles para hacer extensiva la cobertura a otros familiares mediante el pago de contribuciones o cuotas adicionales.
2. Las personas que, siendo residentes en el país, se encuentran sin cobertura de servicios de salud, por carecer de empleo o de suficientes recursos para cubrir el valor del seguro. Estos beneficiarios serán subsidiados parcial o totalmente por el Estado, en las condiciones y modalidades que establezcan los reglamentos.
3. Los jubilados del sector público y privado, en las condiciones, modalidades y aportes que lo establecen las Leyes y lo defina la reglamentación.

La afiliación será única y permanente y no podrán registrarse como beneficiarios quienes ya lo sean en razón de otro acto de afiliación.

PARAGRAFO PRIMERO.- Las entidades que brindan servicios de salud al personal militar y civil de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional y sus pensionados podrán incorporarse al Seguro de Salud Nacional por medio de convenios o contratos.

CAPITULO IV

ADMINISTRACION DEL SEGURO DE SALUD

ARTICULO 8.- Créase la Dirección del Seguro de Salud Nacional, como entidad adscrita al Ministerio de Salud, con personería jurídica y patrimonio propios.

PARAGRAFO PRIMERO.- El Gobierno Nacional determinará la estructura y reglamentará la Dirección del Seguro de Salud Nacional.

ARTICULO 9.- La Dirección del Seguro de Salud Nacional tendrá las siguientes funciones:

1. Establecer las políticas que permitan cumplir los objetivos del Seguro.
2. Promover y asesorar el desarrollo de prestaciones integrales de salud.
3. Conducir el sistema del Seguro de Salud a nivel nacional.
4. Supervisar que los planes de aseguramiento seccionales marchen de acuerdo con los objetivos del seguro y los planes nacionales.
5. Establecer las políticas y definir los programas nacionales de reaseguramiento, estabilización, riesgos catastróficos y asignar los recursos del Fondo de Solidaridad para incorporar al Seguro de Salud la población carente de recursos.
6. Las demás que le fije la Ley y los reglamentos.

ARTICULO 10.- Las agencias descentralizadas del Seguro de Salud cumplirán las siguientes funciones:

1. Recepcionar o practicar de oficio el registro sanitario en el ámbito geográfico de actividad que le sea asignado.
2. Facturar o recaudar directamente, o por contrato con otras entidades, públicas o privadas, las contribuciones de los afiliados.
3. Aplicar a las prestaciones de salud de los afiliados la totalidad de los recaudos, descontados el aporte al Fondo de Solidaridad y los gastos de administración.
4. Vigilar y promover el uso adecuado de la tecnología, la dirección eficiente de los hospitales y de la red de servicios.
5. Contratar y responder por las prestaciones hechas a sus afiliados.
6. Facturar y recaudar los subsidios netos que el Estado otorgue a los afiliados de más bajos recursos, mediante transferencias, aportes en especie o compensaciones tarifarias autorizadas.
7. Las demás que le fijen los reglamentos del Seguro de Salud Nacional.

ARTICULO 11.- Los Departamentos que adhieran al seguro lo administrarán dentro de su ámbito, para lo cual celebrarán los respectivos convenios con el Ministerio de Salud. Entre otros, los convenios contemplarán los siguientes aspectos:

1. Articulación a los planes nacionales de salud y del seguro de salud.
2. Cumplimiento de las normas técnicas y administrativas del seguro.
3. La población que se espera cubrir, según las categorías de la misma y la progresión de la cobertura.
4. La aplicación de las normas de acreditación de los hospitales.
5. La actualización del Registro de Entidades Prestadoras de Servicios de Salud.
6. La contribución al Fondo de Solidaridad.

ARTICULO 12.- Las agencias del Seguro de Salud del orden municipal deberán presentar anualmente a la Dirección Seccional, en el tiempo y la forma que establezca la reglamentación:

1. El plan de los servicios del Seguro de Salud.
2. El informe financiero y la evaluación de los resultados obtenidos en el ejercicio inmediatamente anterior.
3. Los aspectos relativos a la cobertura del servicio, la calidad de la atención, el control de los costos y el uso de la tecnología.
4. Copia de los contratos de prestación de servicios de salud vigentes.

PARAGRAFO PRIMERO.- La Dirección Seccional de Salud pondrá a disposición del Ministerio de Salud la información de que trata el presente artículo. El Ministerio de Salud dispondrá de 30 días hábiles, contados a partir de la recepción de la información, para presentar las observaciones, objeciones y recomendaciones que el Servicio de Salud y los agentes del Seguro de Salud deben implementar en la misma vigencia. Transcurrido el plazo antes señalado sin respuesta, se considerarán aprobados los informes y propuestas.

ARTICULO 13.- Las agencias administradoras del Seguro de Salud podrán destinar a sus gastos administrativos hasta el diez por ciento (10%) de sus recaudos, descontados los aportes al Fondo de Solidaridad.

ARTICULO 14.- Para fomentar la adecuada utilización de los servicios asistenciales, las agencias administradoras del Seguro de Salud podrán establecer cuotas moderadoras, deducibles o franquicias, atendiendo al tipo de servicio o tecnología demandada y según la situación económica del usuario.

CAPITULO V

FINANCIACION DEL SEGURO DE SALUD

ARTICULO 15.- El Seguro de Salud Nacional, para lograr los objetivos a que se refiere el artículo 3, contará con:

1. Los aportes que se determinen en el Presupuesto General de la Nación, con destino a los Departamentos y Municipios. Estos aportes incluyen el situado fiscal y las transferencias que hace la Nación para la atención de la salud.
2. Las rentas cedidas y los aportes que hacen los Departamentos y los Municipios para la salud, en los términos que lo establecen la Constitución y las Leyes.
3. El doce por ciento (12%) del valor de la remuneración de los empleados, trabajadores u obreros del sector público y privado que presten servicios en relación de dependencia, de los cuales el ocho por ciento (8%) será aportado por el empleador y el cuatro por ciento (4%) por el empleado, trabajador o dependiente.
4. Los aportes por beneficiarios adicionales, a cargo del afiliado titular, a que se refiere el numeral 1 del artículo séptimo.
5. Los aportes de los jubilados del sector público y privado que se establezcan de acuerdo con la Ley y la reglamentación.
6. Por los aportes que se establezcan a los sectores que se encuentran en regímenes productivos informales, de microempresas, empresas de economía familiar y similares.
7. Los recursos que ingresen al Fondo de Solidaridad.

PARAGRAFO PRIMERO.- Los aportes de tipo público se destinarán de forma preferencial a la incorporación de la población que carece de cobertura de servicios de salud o de recursos para aportar al seguro de salud.

PARAGRAFO SEGUNDO.- Cuando sea necesario, el recaudo de los aportes de las familias que se encuentren en regímenes productivos especiales se hará, entre otros, por medio de las cuentas de cobro de las entidades de servicios públicos.

PARAGRAFO TERCERO.- Con los recursos del Seguro de Salud se cubrirá el valor de las incapacidades.

PARAGRAFO CUARTO.- El Gobierno Nacional reglamentará los sistemas y procedimientos relativos a las contribuciones, aportes, y recaudos.

ARTICULO 16.- Los pagos hechos por los afiliados se tendrán como exenciones personales para efectos del impuesto de renta.

ARTICULO 17.- A partir de la fecha de vigencia de la presente Ley se creará el Fondo de Solidaridad, como una cuenta especial de tipo público, en el ámbito y bajo la administración de la Dirección del Seguro de Salud Nacional, que se encargará de:

1. Administrar los recursos aportados por la Nación y los particulares, y los traslados de los agentes del Seguro de Salud.
2. Efectuar los traslados autorizados por la Dirección del Seguro de Salud Nacional, a los Departamentos y Municipios, a efectos de responder por los programas de reaseguro, estabilización, riesgos catastróficos y redistribución solidaria.

PARAGRAFO PRIMERO.- El Ministerio de Salud y el Departamento Nacional de Planeación, cuentan con un año de plazo, a partir de la vigencia de la presente Ley, para establecer una metodología y unos procedimientos que permitan aplicar en forma adecuada la solidaridad entre los sectores sociales y económicos, los Municipios y los Departamentos para la afiliación al Seguro de Salud.

ARTICULO 18.- El Fondo de Solidaridad se conformará con los siguientes recursos:

1. Los aportes de la Nación.
2. El quince por ciento (15%) de los recaudos mensuales de los agentes del Seguro de Salud.
3. Los rendimientos financieros.
4. Los legados, donaciones, contribuciones y similares otorgados por particulares.
5. El quince por ciento (15%) de las primas o cuotas de medicina prepagada y de seguros de salud, porcentaje que debe quedar incluido en las notas técnicas correspondientes.

CAPITULO VI

PRESTACIONES DEL SEGURO DE SALUD

ARTICULO 19.- Las prestaciones del Seguro de Salud serán otorgadas de acuerdo con las políticas nacionales de salud, asegurando la plena utilización de los servicios y los recursos existentes en las instituciones ambulatorias y hospitalarias del país. Las prestaciones del Seguro de Salud se fundamentarán en la promoción de la salud, la estrategia de Atención Primaria, la descentralización y la libre elección de los prestadores de servicios, por parte del usuario, donde ello sea posible.

ARTICULO 20.- El Seguro de Salud brinda al afiliado acceso a una atención integral. Sin embargo, para los fines del manejo financiero, las políticas de cobertura, el cálculo de costos y la programación de las prestaciones de salud en los niveles de atención que conforman la red de servicios, se definen los siguientes niveles de amparo¹⁵.

- 1) **PRIMER NIVEL DE AMPARO:** Atención básica gratuita para toda la población que comprende acciones masivas de fomento de la salud y prevención de la enfermedad, inmunización, educación y detección de los factores de riesgo prevalentes en las diferentes localidades.

¹⁵Todos los niveles de amparo incluyen servicios para atención de los accidentes de trabajo y enfermedad profesional.

- 2) **SEGUNDO NIVEL DE AMPARO:** Entendido como el conjunto de servicios de baja complejidad destinados a resolver los problemas de salud prevalentes en los afiliados, mediante el tratamiento oportuno de la enfermedad y el cuidado médico del embarazo que incluyen consulta médica general, las urgencias de manejo ambulatorio, el apoyo diagnóstico del nivel básico.
- 3) **TERCER NIVEL DE AMPARO:** Medicina básica hospitalaria que comprende la hospitalización para casos correspondientes a la atención primaria, es decir enfermedades y casos de maternidad que puedan ser atendidos bajo la dirección de un médico general, incluyendo la complementación diagnóstica y terapéutica respectiva.
- 4) **CUARTO NIVEL DE AMPARO:** Medicina especializada que comprende la atención médica ambulatoria y la consulta externa de especialidades y subespecialidades, así como la respectiva complementación diagnóstica y terapéutica.
- 5) **QUINTO NIVEL DE AMPARO:** Medicina hospitalaria especializada que comprende la hospitalización para la atención médica o quirúrgica especializada incluidos procedimientos de diagnóstico y la terapéutica asociada.

Como amparos complementarios se tendrán los de la terapéutica odontológica, el apoyo de diagnóstico de alta complejidad, la rehabilitación y las demás de alta especialidad que contribuyen al mantenimiento de la salud.

PARAGRAFO PRIMERO.- Los anteriores niveles serán susceptibles de adecuación, mediante reglamentaciones del Ministerio de Salud, de acuerdo con las circunstancias específicas de cada localidad, en cuanto a perfiles de morbimortalidad y recursos económicos disponibles.

CAPITULO VII

DISPOSICIONES VARIAS

ARTICULO 21.- Los servicios de salud dependientes del Ministerio de Salud, los Servicios Seccionales, Distritales y Municipales de Salud, los del Instituto de Seguros Sociales y de las Cajas de Previsión, tendrán un plazo de dos años, a partir de la vigencia de la presente Ley, para adherirse por completo al Seguro de Salud Nacional.

- ARTICULO 22.-** La inspección y vigilancia de las agencias del seguro y de las entidades prestadoras de los servicios de salud, corresponde a la Superintendencia de Salud.
- ARTICULO 23.-** El Gobierno Nacional reglamentará el Seguro Nacional de Salud.
- ARTICULO 24.-** La presente Ley rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

2.11.2. Propuesta de Reforma al Sistema de Salud en Colombia

Perspectivas de la Salud en la Seguridad Social de Colombia

La Nueva Constitución estableció las bases de una serie de reformas que buscan el desarrollo del capital humano. Allí se consagran los derechos de todos los ciudadanos a la educación, la salud y la seguridad social y se definen los principios ineludibles sobre los cuales se han de construir las reformas.

En materia de salud y seguridad social la Constitución establece que serán servicios públicos de carácter obligatorio que podrán ser prestados por entidades públicas y privadas, bajo la dirección, coordinación y control del Estado. Sus reformas estarán regidas por principios de solidaridad, universalidad y eficiencia. Estos principios junto con los lineamientos de política de salud, esbozados por el Gobierno Nacional, constituyen la base de la propuesta esbozada por el DNP.

I. La Situación Actual de los Servicios de Salud en Colombia

Si bien el país ha registrado avances importantes en el desarrollo social y en la superación de la pobreza, todavía cerca de un tercio de la población permanece en estado de pobreza. Pese a los esfuerzos de los últimos gobiernos el gasto social no llega, o llega en menor medida de lo previsto, a las poblaciones más necesitadas. Esto es particularmente claro en el caso de la prestación de los servicios de salud en Colombia.

La cobertura de estos servicios es muy baja y se ve agravada por la duplicidad en la oferta destinada a la atención de un mismo grupo de población. Las entidades de seguridad social sólo alcanzan al 18% del total de la población y el 17% accede a los servicios privados. Por otra parte, el sector oficial sólo tiene cobertura real de 39% del total. En conclusión, una tercera parte de la población, probablemente la más pobre, no tiene acceso a ningún tipo de servicio.

Pero estas cifras son engañosas. Una buena parte de los trabajadores del sector formal de la economía que prepagan su atención de salud al Instituto de Seguros Sociales o a las Cajas de Previsión, tienen también contratos o pólizas de seguros con el sector privado. De igual manera los servicios de salud que ofrecen las Cajas de Compensación Familiar se superponen al esquema de medicina familiar del ISS. A este modelo están inscritos el 17% de los afiliados.

Tan reducida cobertura y alta duplicidad se manifiesta obviamente en enormes diferencias sociales y regionales. La seguridad social es apenas un privilegio para una sexta parte de la población mientras que para la gran mayoría, la seguridad social no existe aún para la atención más básica. Tal sesgo ha inducido una asignación de recursos ineficiente e inequitativa.

La inequidad generada por la baja cobertura y la duplicidad, se ve agravada aún más por la deficiente administración de los servicios por cuanto reduce la calidad y eleva los costos. A ello contribuye la organización institucional actual del sector. El exceso de centralismo es parte fundamental de la crisis de las instituciones proveedoras de los servicios.

El gran reto de la salud dependerá, entonces, de la reorganización de las instituciones que brindan servicios de salud.

II. La Propuesta

Se propone establecer un Sistema Universal de Salud con dos subsistemas (Gráfico 1):

- i) Un **subsistema público** que permita el acceso de la población pobre a una atención eficiente y oportuna, aumentando así la cobertura. La prestación de servicios médicos se hará con hospitales públicos descentralizados y otros prestadores de servicios, públicos y privados, pagados con recursos del Estado sobre la base de servicios prestados. Se dará así lugar a subsidios a la demanda y no a la oferta.
- ii) Un **subsistema competitivo de prepago** para aquellos que pueden pagar su atención de salud.

A. El Subsistema Público

Cubrirá a la población más pobre, que actualmente en su mayoría no tiene acceso a los servicios de salud.

1. **Agentes:** estará compuesto por los Fondos Seccionales y Locales de Salud¹⁶. Cada uno de estos Fondos pagará la atención ambulatoria y hospitalaria que requiere la población pobre, y reemplazarán así las funciones de distribución de recursos que actualmente ejecutan los Ministerios de Salud y Hacienda sobre bases históricas.
2. **Financiamiento:** con recursos públicos tales como las rentas de ECOSALUD, el situado fiscal y otras rentas departamentales y municipales originadas en monopolios rentísticos de destinación específica a los servicios de salud. Así mismo, según la capacidad socioeconómica del paciente, se establecerá el pago de tarifas para ciertas atenciones médicas.
3. **Población objetivo:** los grupos más pobres de la población colombiana. Este subsistema en el corto plazo no será prepagado. La población se inscribirá, obligatoriamente, ante los Fondos Seccionales y Locales de Salud, quienes evaluarán su situación socioeconómica¹⁷ y definirán las tarifas que las entidades prestadoras cobrarán a los usuarios del servicio.
4. **Método de Operación y pago de los servicios:** Los Fondos Seccionales y Locales de Salud contratarán con los hospitales o grupos de médicos la atención de la población pobre. Las entidades hospitalarias, públicas o privadas, facturarán a los diferentes fondos públicos los servicios prestados, según costos estándar. Las unidades que prestan servicios de atención primaria (promoción, prevención, consulta externa) facturarán por familia inscrita y atendida. Sin embargo, durante un período de transición los fondos seguirán financiando mayoritariamente a los hospitales según personal contratado y necesidades históricas. En todo caso, se establecerán tarifas según la capacidad socioeconómica, para controlar el uso excesivo del servicio por parte de los usuarios.

B. El Subsistema Prepagado

Este subsistema cubrirá a todos los asalariados y trabajadores independientes que pueden prepagar su atención de salud. Las principales características son: i) Un fondo de recaudo, establecido como cuenta de transferencia de recursos; ii) Múltiples aseguradoras públicas y

¹⁶Creados por la Ley 10 de 1990, adscritos a los Departamentos y Municipios, respectivamente.

¹⁷Actualmente cada uno de los hospitales, a través de su Oficina de Trabajo Social, realiza una clasificación según la situación económica de los usuarios de sus servicios.

privadas; iii) Un paquete estándar de salud integral por familia, con mínimos de calidad y servicios regulados, y iv) Un esquema de regulación de los seguros.

1. **Financiamiento:** los recursos que reunirá el Fondo provendrán de: a) Las cotizaciones con base en el salario, con las respectivas contribuciones del empleado y el empleador, y b) Las cotizaciones fijas por parte de los trabajadores independientes con capacidad de pago.
2. **Modo de operación:** los grupos de beneficiarios escogerán libremente a una entidad aseguradora, pública o privada, que les prestará la atención de salud, según un paquete estándar previamente definido. Cada usuario podrá contratar, si lo desea, servicios adicionales con pagos individuales voluntarios.

Los aseguradores que propongan el paquete estándar definido y respeten la reglamentación, recibirán del Fondo un pago por concepto de cada asegurado, calculado en función de los riesgos. Los recursos así transferidos dependerán básicamente del número de personas afiliadas y del riesgo correspondiente¹⁸. Para agilizar el manejo de los recursos, cada aseguradora mantendrá en el Fondo una cuenta corriente a la cual podrá ingresar los recursos provenientes de las cotizaciones y deducir lo correspondiente a las primas pactadas.

Las entidades aseguradoras contratarán la atención de sus afiliados con los hospitales o grupos de médicos de acuerdo con una negociación competitiva.

En este sistema las cotizaciones que los usuarios hagan al Fondo, en función de los ingresos garantizan el grado de solidaridad buscado entre los grupos de altos ingresos y los bajos ingresos, entre la gente que goza de buena salud y la que adolece de mala, así como entre jóvenes y ancianos. Por su parte los pagos que hace el Fondo a la aseguradora, en función de los riesgos servirán para evitar la disposición que estas entidades tengan de escoger los mejores riesgos, es decir a los de mayores ingresos, los sanos y los jóvenes.

C. Reformas Institucionales

Se llevarán adelante reformas institucionales en el sistema hospitalario y en los servicios de salud del ISS y de las Cajas.

¹⁸Con primas diferenciales según riesgo y una regulación que especifica el aseguramiento por grupos, se limita la selección adversa que puede ocurrir en un esquema de seguros.

- a. **Sistema hospitalario.** Se adelantarán las siguientes reformas:
1. Los actuales hospitales públicos serán entes con autonomía administrativa y patrimonio independiente.
 2. Los hospitales del actual sistema de seguridad social (ISS y demás Cajas) se constituirán en entidades independientes con patrimonio propio, personería jurídica y autonomía administrativa, que derivarán sus ingresos de la prestación de servicios contratados con aseguradoras públicas o privadas. Estos hospitales se podrán vender, ya sea al sector privado o a otras entidades públicas.
- b. **Servicios de salud del ISS y Cajas.** Se adelantarán las siguientes reformas:
1. La afiliación a los servicios de salud del ISS y Cajas de Previsión será voluntaria. Para evitar traumatismos, la transición al nuevo régimen será gradual y regulada.
 2. Se establecerá la atención familiar en cada una de las entidades del actual sistema de seguridad social.
 3. En las cajas de previsión se separarán los recursos destinados a salud de los correspondientes a prestaciones económicas como ya se ha hecho en el ISS.
 4. Las Cajas de Compensación podrán ofrecer servicios de salud prepagados bajo las normas anteriormente planteadas para el respectivo subsistema.

D. Transición hacia un Sistema Único

El esquema mixto aquí planteado es la forma más práctica y eficiente para asegurar el acceso de la población más pobre a la atención médica. En el largo plazo, no obstante, se pretende que el sistema de prepagado competitivo, pero regulado, se extienda progresivamente a toda la población. Con este fin, después que los dos subsistemas entren en operación, se podrá, en algunos departamentos y como experimentos piloto, asignar recursos fiscales a subsidiar directamente las primas de los seguros de la población más pobre. En este caso la población podrá escoger afiliarse también a un esquema de seguro prepagado. Si estos experimentos son exitosos, se promoverán campañas educativas con el apoyo de los hospitales y los centros médicos para ampliar el número de asegurados a mediano y largo plazo.

E. Justificación del Sistema

En la literatura actual sobre los debates en pro y en contra del establecimiento de un sistema de seguros de salud existe una posición que sostiene que el seguro de salud puede resultar una salida equivocada al problema de la baja cobertura y los altos costos de atención, porque el seguro establece un distanciamiento entre la oferta y la demanda. Este distanciamiento conduciría a un excesivo uso de los servicios, con el consabido aumento de los costos.

Según esta posición, un seguro se justifica cuando hay riesgos imprevisibles con costos demasiado onerosos, para el individuo y la familia, cuya probabilidad de ocurrencia, para una población determinada, se pueda estimar. Siendo así, el seguro podría restringirse a riesgos mayores, como cirugía y hospitalización.

Pero, en Colombia, donde uno de los objetivos claves de la reforma es el aumento de la cobertura, para gran parte de la población aún la atención básica constituye un riesgo financiero que un solo individuo no puede asumir. Por ello, un seguro de mayor cobertura para otras atenciones médicas con este propósito se justifica, especialmente cuando se piensa en el acceso de toda la población a los servicios de salud. Adicionalmente, se deben incluir en el paquete aquellos servicios que pueden fácilmente sustituirse unos por otros. Así se evitaría que se promoviera la utilización de servicios costosos que están cubiertos, en vez de servicios baratos no cubiertos por el seguro.

El seguro de salud, entonces, se justifica no solo para riesgos mayores, sino para un cubrimiento mas general en servicios y población.

F. Los Riesgos del Esquema y la Regulación

1. Los riesgos

Un sistema de seguros de salud deberá ser competitivo, con una adecuada regulación estatal, para hacer mas eficiente la resolución de los problemas típicos de un mercado de seguros de salud. Este mercado está garantizado por enormes problemas de riesgo e incertidumbre e imperfecciones de información sobre los riesgos y los comportamientos de los agentes y demandantes. En particular, existen problemas de exceso de utilización (Moral Hazard) y selección adversa que hacen de este un mercado diferente de un mercado de simple competencia.

Existe Moral Hazard cuando una de las partes del contrato puede modificar su comportamiento relevante sin que la otra pueda controlarlo. Por ejemplo, que el dueño de un carro comience a parquearlo en zonas peligrosas después de obtener un seguro global contra robo. En el caso de

la salud, el Moral Hazard consiste en el uso excesivo del servicio, una vez establecida una prima de pago general. La solución a este problema consiste en transferir los costos de la desviación de comportamiento a quien toma la decisión. De ahí, que la regulación del seguro, por ejemplo estableciendo franquicias y co-pagos, así como la regulación adecuada de un paquete mínimo de servicios ayudan a reducir este comportamiento.

Selección adversa resulta en los casos en los cuales una de las partes del contrato no revela toda su información a la otra, y ésta a su vez no puede obtenerla directamente. En el caso de la salud, el asegurador no siempre podrá controlar que la población con mas probabilidad de enfermarse busque el seguro y, por lo tanto, no puede controlar la afiliación de la población al seguro. Esto se presenta en el caso de los trabajadores independientes, que seguramente tomarán la decisión de afiliarse al seguro solamente cuando necesitan una atención médica de alto costo. También en este caso, resulta oportuno regular la obligatoriedad por vías de combinación con el recaudo (agua, luz) o con el uso (otorgación del pase de conducción, pasaporte, etc) de otros servicios.

La selección adversa también se presenta en el caso del asegurador. Este, sin duda, preferirá la población de menor riesgo. El establecimiento de una prima de servicios directamente relacionada con el riesgo de la población asegurada, así como incentivos regulatorios y fiscales para la afiliación en grupos (empresas, gremios, sectores, regiones) representan soluciones efectivas para enfrentar este problema. Además, se deben establecer regulaciones contractuales para las aseguradoras (prohibición de terminación del contrato de manera unilateral) que delimiten la selección adversa por parte de las aseguradoras.

El "moral hazard", es decir el aumento de los costos y de la prestación de servicios de manera excesiva e incontrolable, también se puede presentar por parte de los prestatarios de los servicios médicos, si estos no tienen incentivos de costo/beneficio. En este caso, un esquema institucional de competencia entre varias aseguradoras y una prima regulada para un paquete mínimo, son elementos claves en la negociación económica para un continuo y efectivo control de los costos de la prestación de los servicios médicos. A su vez, la competencia, introduce un elemento importante de prevención con el fin de mantener sana a la población asegurada, aumentando así el margen de utilidad de las aseguradoras.

Un argumento adicional en contra de la competencia en el aseguramiento es que se presenta una disminución injustificada en la calidad de los servicios. Hay, sin embargo, varios argumentos que contradicen esta afirmación. Primero, la misma competencia y la libertad de escogencia de la aseguradora hace que se mantenga la calidad. Segundo, las aseguradoras escogerán a las mejores entidades prestadoras de servicios y para ello exigirán información en este aspecto. Una mayor información pública de la calidad de los servicios incentivará a las entidades prestatarias a mejorarla.

2. Regulación

El esquema será regulado por el Estado para garantizar una oferta de servicios adecuada y calidad de la atención de los servicios de salud. Se regulará el agrupamiento de usuarios y las condiciones mínimas de los contratos.

i. El agrupamiento del seguro

Se promoverá el aseguramiento en grupos, utilizando en pequeñas muestras las ventajas del agrupamiento de riesgos. También podrá regularse la composición mínima de los asegurados por entidad aseguradora.

ii. Características mínimas de los contratos

- i) Existirán tarifas o co-pagos para controlar el uso excesivo del servicio por parte de los usuarios, y controlar así los costos. Según la capacidad socioeconómica de los afiliados, se establecerán topes para el pago inicial de consultas y medicinas.
- ii) La compañía aseguradora no podrá terminar el contrato unilateralmente.
- iii) Existirá libre afiliación. Es decir que la entidad aseguradora no podrá rechazar por ningún motivo a las personas que deseen asegurarse, ni siquiera por mala salud.
- iv) Se incentivará la afiliación y se penalizará la no afiliación a un sistema de seguros. Por ejemplo se exigirá un tiempo mínimo de afiliación de un año, evitando así la selección adversa por parte del usuario.
- v) Se buscará la libre elección de los usuarios, regulando la transferencia de los usuarios entre compañías, aún con las preexistencias correspondientes. En este sentido también se exigirá un esquema de intercambio de información sobre los usuarios, importante dentro de un esquema de seguros para valorar los riesgos.

G. Las Ventajas del Esquema Propuesto

La propuesta aquí señalada tiene enormes ventajas:

- i) Mejora la eficiencia del sistema de salud, al evitar el establecimiento de un monopolio en la prestación de servicios de salud y en la función de aseguramiento. Con la participación de múltiples agentes aseguradores y contratistas de los servicios médicos, se genera la competencia necesaria para la mejor atención del usuario y el control de costos del sistema.
- ii) Aumenta la equidad en el uso de los recursos fiscales, concentrándolos en la atención de la población más pobre y las zonas marginadas.
- iii) La solidaridad para todo el sistema se genera con la canalización de los recursos fiscales, que pagan las personas de mayores recursos, hacia el subsistema público. Para el subsistema de prepago se establece adicionalmente, la solidaridad por cotizaciones que se fijan según el ingreso de los asalariados.
- iv) Eleva la cobertura de los servicios de salud a la población más pobre, comprometiendo recursos del Estado para ello, sin la necesidad de operadores.

2.11.3. Propuesta para la Prestación de Servicios Personales de Salud dentro de la Seguridad Social

Instituto de Seguros Sociales

2.11.3.1. Introducción

2.11.3.1.1. Hacia un sistema de seguridad social

Para cumplir los nuevos preceptos constitucionales se hace necesario crear un sistema que articule y armonice las funciones de la Seguridad Social que hoy se encuentran dispersas en multitud de instituciones y programas. La creación de tal sistema y la evolución del concepto de "Seguro Social" (ligado a una relación laboral) hacia el más avanzado de "Seguridad Social" (que involucra a todos los ciudadanos, independientemente de su status y relaciones laborales) son dos retos fundamentales de la política social del país.

2.11.3.1.2. La atención personal de salud como elemento básico de la Seguridad Social

La atención personal de la salud es uno de los elementos básicos que universalmente ha conformado el paquete de seguridad social y alrededor del cual han ido surgiendo otros programas de protección social. Para avanzar en el desarrollo y cumplimiento de los nuevos preceptos constitucionales, la prestación de servicios de salud aparece como el elemento ideal para aplicar los principios de solidaridad, universalidad y eficiencia.

2.11.3.2. La Propuesta

2.11.3.2.1. Los principios de la Seguridad Social aplicados a la prestación de servicios personales de salud

2.11.3.2.1.1. La Solidaridad

La aplicación de este principio reconoce la existencia de individuos que por sí solos no tienen capacidad económica para costearse los servicios personales de salud y también la de individuos con probabilidades diferentes para enfermar. Mediante el principio de la solidaridad se trata de agrupar los riesgos y los recursos de un gran número de individuos, de tal manera que los recursos aumenten y los riesgos disminuyan, en promedio; de esta forma la seguridad de cada individuo se refuerza. Para lograr una real solidaridad el aporte que el individuo hace a un fondo, que agrupa los recursos, depende de sus ingresos o de sus recursos económicos y no de su riesgo de enfermar; tal aporte otorga a cada individuo un derecho similar consistente en el acceso a un paquete de servicios determinado o a un reembolso de su valor. Esta última característica de la Seguridad Social se denomina equidad, que en este contexto significa que todos los miembros del grupo adquieren los mismos derechos independientemente del monto de su contribución al fondo de recursos.

Aunque el proceso de aseguramiento bajo el principio de solidaridad semeja al del aseguramiento comercial privado, tiene con este diferencias fundamentales; el seguro comercial privado funciona alrededor de una ganancia económica y por tanto exige que la contribución del asegurado sea proporcional a su riesgo de enfermar y que los beneficios que adquiere sean proporcionales a la contribución que hace el individuo.

2.11.3.2.1.2. La Universalidad

Sin duda, es un desideratum que todo individuo tenga acceso a los servicios personales de salud y es obvio que para lograrlo la principal barrera son las limitaciones económicas; tal barrera puede ser franqueada mediante la aplicación de la solidaridad y el aseguramiento obligatorio. Hay cálculos que permiten afirmar que la aplicación de los recursos económicos empleados en la atención de salud hoy por hoy, reorganizados de acuerdo con el principio de la solidaridad, permiten brindar a todos los colombianos un paquete de servicios integral del tipo que hoy ofrece el ISS.

La observación conjunta de la solidaridad y la universalidad evitan fenómenos como la selección adversa y racionalizan el gasto privado de salud, que llega a ser considerable sobre todo para los hogares pobres.

2.11.3.2.1.3. La Eficiencia

Hay dos elementos de la eficiencia, el primero tiene que ver con el costo que supone obtener un determinado resultado y el segundo la calidad de dicho resultado en relación con otros similares. La aplicación de los principios de solidaridad y universalidad, en el aseguramiento de los servicios personales de salud, permiten un manejo racional de los recursos y los riesgos, haciendo posibles mecanismos para controlar los costos lo que no es posible en un esquema de seguros comerciales privados en libre competencia, hecho demostrado ampliamente por la experiencia.

La competencia en la prestación de los servicios personales de salud, habilitada por un seguro obligatorio y solidario (con subsidios a la demanda para los indigentes), puede ser un factor que lleva a la mejoría en la calidad de los servicios y a una racionalización de los costos.

2.11.3.2.2. Estructura y funciones de un seguro universal para servicios personales de salud

2.11.3.2.2.1. Estructura

Los elementos estructurales de un seguro universal para servicios personales de salud son:

- Un fondo único público.

- Un aparato de prestación de servicios personales de salud integrado por:
 - Organizaciones prestadoras de servicios personales de salud.
 - Hospitales.

2.11.3.2.2.2. Funciones del Fondo Unico

El fondo tiene como propósito agrupar los recursos provenientes de las contribuciones (cotizaciones de los asalariados, cuotas de los independientes y subsidios para los indigentes) y agrupar los riesgos, permitiendo la aplicación del principio de solidaridad (entre sanos y enfermos, jóvenes y viejos, ricos y pobres, entre grupos ocupacionales y entre regiones). Así mismo actuar como el único mecanismo posible para evitar la selección adversa y para poder trabajar con el riesgo promedio de la población, para fijar el monto de las contribuciones y el valor del paquete de beneficios. Serán funciones del fondo:

- Recaudar las contribuciones.
- Acreditar el derecho de cada individuo al seguro.
- Servir como asegurador.
- Llevar la actuaría del sistema.
- Definir el modelo de contribuciones y beneficios.
- Pagar a las organizaciones prestadoras de servicios personales de salud.

2.11.3.2.2.3. Funciones de las organizaciones prestadoras de servicios personales de salud

Se dará curso a la integración de múltiples organizaciones de naturaleza privada (con o sin ánimo de lucro) que tendrán una serie de elementos mínimos para prestar los servicios de promoción y prevención así como la atención ambulatoria básica y para servir de intermediarios entre los asegurados, el fondo único y los hospitales. Estas organizaciones competirán por adscribir a los asegurados y podrán ofrecer o contratar planes que excedan al paquete que cubra el seguro obligatorio (que todos deben ofrecer) a costo del afiliado. Son funciones de estas organizaciones:

- Agrupar afiliados del seguro único.
- Garantizar servicios de promoción y prevención.
- Garantizar la atención básica ambulatoria.
- Contratar para sus adscritos las prestaciones de servicios especializados y hospitalarios.
- Gestionar ante el fondo el pago de cuotas de todos los servicios de sus adscritos.

Una sola organización podrá ofrecer todos los niveles de atención y podrá ofrecer servicios de hospitalización con diversa calidad hotelera, con costo extra para el afiliado que tenga capacidad de pago.

2.11.3.2.2.4. Funciones de los hospitales

Los hospitales funcionarán como entes autónomos o como integrantes de una agrupación de prestación de servicios personales de salud. Venderán los servicios de hospitalización y medicina especializada, dentro de un sistema de competencia, a las organizaciones que contraten con ellos sus servicios.

2.11.3.2.3. Operación del Seguro Único

El fondo único público recaudará las contribuciones y acreditará (mediante una tarjeta) el derecho del asegurado quien libremente escogerá una organización prestadora de servicios (la cual estará obligada a recibirlo) a la cual quedará adscrito por un período dado de tiempo. Cada organización ofrecerá a sus adscritos un directorio médico y hospitalario. El fondo único pagará por capitación el valor correspondiente a los servicios de promoción, prevención y básicos ambulatorios; periódicamente la organización facturará al fondo los servicios de nivel secundario y terciario prestados a sus adscritos y el fondo pagará de acuerdo con tarifas por servicio. Las organizaciones podrán tener todos los servicios o podrán contratar los niveles especializados y hospitalarios.

2.11.3.3. Costos de la Propuesta

En el cuadro anexo se puede observar como el costo del seguro único obligatorio llegaría a \$ 1.161.837.028 millones, por año, con una tendencia inicial al incremento por Moral Hazard. La base de cálculo ha sido el costo promedio por afiliado para el modelo actual de atención del ISS,

que cubre prácticamente la totalidad de los riesgos sin tiempos de carencia, ni exclusiones, con pago de drogas y subsidios (incapacidad por maternidad y enfermedad general). Los posibles ingresos al seguro único se calculan en \$1.405.526.000 millones.

2.11.3.4. Ventajas de la Propuesta

1. Permite dar pleno cumplimiento a los principios de la seguridad social consignados en la Constitución.
2. Evita el fenómeno de selección adversa.
3. Permite trabajar con el riesgo promedio de la población con racionalización de los costos y maximización de la solidaridad.
4. Permite la competencia en la prestación de los servicios personales de salud, con aumento en su calidad y racionalización de sus costos.
5. Garantiza los servicios de promoción y prevención.
6. Segrega las funciones con mayor posibilidad de control.
7. Evita la competencia en la función de aseguramiento con todos sus efectos indeseables.

2.11.4. Informe

Desarrollo del Sistema de Salud

1. Comisión Constitucional de Seguridad Social

La propuesta de esta Comisión apunta a conformar un nuevo sistema de salud con las siguientes características:

1. Modelo de Atención.
 - a. De cobertura universal y fundamentado en los principios de solidaridad y eficiencia.

CUADRO No. 2.37

PROYECTO MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD 1992 - 1996

ANALISIS FINANCIERO

GRUPO No.	COBERTURA FAMILIAR DENOMINACION	POBLACION	100% COSTO 1991 (\$ MILES)*	100% POSIBLES INGRESOS	OBSERVACIONES
1	INDIGENTES	3,297,817	116,190,337		
2	DESOCUPADOS FAMILIARES	1,094,875	38,575,183		
		1,347,791	47,846,046		
3	INFORMALES	4,701,818	165,656,803	67,606,179	APORTE POR FAMILIA SIN IMPORTAR NUMERO: \$ 1.200/MES
	FAMILIARES	5,787,938	203,923,525		
4	INDEPENDIENTES	1,175,454	41,414,183	176,035,991	SE CALCULA INGRESO PROMEDIO: 2 SALARIOS MINIMOS (1991) CON MED. FAM. (APORTE 12%)
	FAMILIARES	1,446,984	50,980,864		
5	ASALARIADOS NO CUBIERTO	3,244,329	114,305,821	364,403,033	SE ESTIMA INGRESO PROMEDIO: 1.5 SALARIOS MINIMOS (1991) CON MED. FAM. (APORTE 12%)
	FAMILIARES	3,993,769	140,710,466		
6	AFILIADOS	3,476,060	122,470,284	435,480,797	SALARIO PROMEDIO ASEGURADO ISS 1991: \$ 87.000 CON MED. FAM. (APORTE 12%)
	FAMILIARES	3,409,452	120,123,517		
	APORTES FISCALES			200,000,000	SE EXCLUYE INVERSION EN INFRA-ESTRUCTURA Y AMBIENTE
	CAJAS DE COMPENSACION			40,000,000	CORRESPONDE AL 25% DEL TOTAL DE INGRESOS DESTINADOS A SALUD
	VENTA SERVICIOS			72,000,000	VENTA DE SERVICIOS DE LOS ACTUALES HOSPITALES PUBLICOS
	ECOSALUD			50,000,000	SE ESTIMA EL PRODUCTO ANUAL DE ECOSALUD
	TOTALES	32,976,287	1,162,197,029	1,405,526,000	

* \$ 35.232.50 por beneficiario.

-
- b. Descentralizado, flexible y autogestionario.
 - c. La promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y la participación comunitaria ocupan un lugar prioritario.
2. Especialización de las entidades prestadoras de los servicios de salud.
 - a. Autonomía administrativa.
 - b. Libertad de selección de los servicios por parte de los usuarios.
 - c. Competencia de entidades públicas y privadas en igualdad de condiciones.
 - d. Estímulo a las entidades de economía solidaria.
3. Sistema Nacional de Servicios de Salud.
 - a. Creación de un sistema nacional de seguros de salud integral, unificado, descentralizado, participativo y de cobertura universal.
 - b. Seguro obligatorio, contributivo y solidario.
 - c. Atención integral, flexiblemente ajustada a las necesidades y los recursos.
 - d. Fondos municipales y otros tipos de "agencias locales" administradoras del seguro, que compiten entre sí, de libre selección por parte del usuario, que manejarán los recursos provenientes de la Nación, los Departamentos y los Municipios para los fines del seguro de salud.
 - e. Subsidio del Estado para quienes no tienen capacidad de pago.
 - f. Ley para reorganizar las entidades públicas prestadoras de los servicios de salud, con el fin de consolidar un sistema único oficial con unidad de gestión.
 - g. Concurrencia del sector privado.
 - h. Transferencia de un porcentaje de los recursos a fondos seccionales y nacionales, con fines de solidaridad interregional.

- i. Los trabajadores del sector público y privado contribuirán por la vía de la afiliación familiar, lo que implica revisar el monto de la cotización.
- j. Vigilancia y control por medio de la Superintendencia de Salud, control fiscal de la Contraloría, la auditoría de salud y el control comunitario.
- k. Control de costos por medio de franquicias, fondos secundarios, valores fijos y paquetes de beneficiarios.

2. Comisión de Seguridad Social - Presidencia de la República

En los documentos presentados y los diversos análisis realizados, ha resultado un panorama de opiniones y propuestas, cuyo alcance puede esquematizarse como se indica a continuación.

Aspectos en los que hay acuerdo entre Planeación Nacional, Instituto de Seguros Sociales y Ministerio de Salud.

- a. Creación de un régimen de seguro de salud de tipo público y obligatorio. Adicionalmente, un sistema independiente de seguros complementarios y voluntarios.
- b. Financiación: recursos fiscales de la Nación, Departamentos y Municipios, y cotizaciones de empleados y empleadores. Cotizaciones reguladas por el Estado.
- c. Concurrencia y competencia de entidades públicas y privadas prestadoras de los servicios de salud. Las entidades públicas serán descentralizadas, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa. Libertad de selección del usuario.
- d. Creación de un Fondo Nacional de "Solidaridad", "Redistribución" y "Compensación".
- e. Regulación del sistema de seguro por parte del Ministerio de Salud.

Aspectos en los que se han presentado propuestas diferentes

Administración del seguro público:

Ministerio de Salud: Dirección del Seguro como entidad nacional y autónoma adscrita al Ministerio de Salud. Entidades descentralizadas, públicas y privadas sin ánimo de lucro, autorizadas para operar como agencias del seguro, de nivel seccional y municipal.

ISS: Entidad nacional y "entes descentralizados o entidades delegadas". También ha utilizado el concepto de fondo único nacional.

Planeación Nacional: Múltiples entidades aseguradoras públicas y privadas.

Administración de los seguros complementarios:

Ministerio de Salud y Planeación Nacional: Entidades públicas y privadas con o sin ánimo de lucro.

ISS: Empresas privadas.

Paquete de servicios del seguro de salud:

Ministerio de Salud e ISS: Paquete integral "básico" o "esencial" de beneficios o amparos, que cubre gran parte de los procedimientos ambulatorios y hospitalarios a todos los niveles de atención.

Planeación Nacional: Paquete estándar por familia, obligatoria y regulado, con unos mínimos de calidad y servicios.

Seguros complementarios:

Ministerio de Salud e ISS: Cubre gastos que excedan tarifas, los servicios no indispensables o no esenciales.

Planeación Nacional: Múltiples esquemas que cubren servicios esenciales y no esenciales, definidos por las entidades aseguradoras.

Tarifas:

Ministerio e ISS: Los servicios del seguro de salud tendrán tarifas basadas en costos estándar.

Planeación Nacional: Indeterminado. Introduce el criterio de "primas de aseguramiento reguladas según riesgo", lo que supondría transferencias según la población afiliada y sus riesgos y no según los servicios y sus tarifas.

Financiación del Fondo de Solidaridad o Compensación:

Ministerio de Salud: Porcentaje establecido sobre los recaudos de las agencias del seguro.

Planeación Nacional: Diferencia entre el recaudo y el pago de las primas correspondientes a la población asegurada.

Separación entre agencias del seguro y entidades prestadoras de los servicios de salud:

Ministerio de Salud: Completa y permanente. Parcial en el período de transición para entidades asociativas y de utilidad común.

ISS: Completa.

Planeación Nacional: No es necesaria.

Acceso a los servicios de salud:

Ministerio de Salud e ISS: Una vez afiliada, la persona escoge la institución en que desea recibir los servicios.

Planeación Nacional: El afiliado tiene acceso sólo a las entidades prestatarias de la entidad aseguradora o a aquellas con las cuales tiene un contrato al respecto.

3. Proyecto de Ley sobre el Sistema de Afiliación Universal

Se ha elaborado una propuesta que recoge las opiniones de la Comisión Constitucional y aquellos aspectos de las propuestas del Ministerio de Salud, ISS y Planeación Nacional que se acercan a aquella.

Este proyecto de Ley configura los aspectos fundamentales de un sistema de afiliación universal y de un seguro de salud, y permite realizar un proceso de transición adecuado hacia un nuevo sistema de salud. La transición debe entenderse como un período en el cual se logran los aspectos siguientes:

1. Culminan los procesos estipulados en la Ley 10 de 1990.
2. En un plazo de 2 años se pone en vigencia el seguro de salud en el sector público.
3. Se diseñan e implementan las transformaciones legales, administrativas y financieras de las instituciones que conforman la administración del seguro de salud.
4. Rediseño del sistema financiero del sistema de salud.
5. Definición inicial y estandarización del paquete de servicios del seguro y de las tarifas.
6. Establecimiento de metodologías de planeación municipal, en el marco de un sistema de cobertura universal, solidario y eficiente.
7. Definición de los procedimientos de afiliación masiva al seguro de salud.

2.12. MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN COLOMBIA. PROGRAMAS DEL SECTOR SALUD DIRIGIDOS A MEJORAR LA SITUACION DE LA MUJER

Las mujeres en Colombia representan el 50.3% del total de población, calculándose en aproximadamente 16.8 millones para el año 1991. El 70% de ellas habita en las zonas urbanas, observándose una mayor migración femenina de las áreas rurales hacia las ciudades.

La tasa de fecundidad total se ha estimado en 2.9 hijos por mujer en edad fértil, con diferencias importantes entre el campo y la ciudad, y entre los distintos estratos socioeconómicos. Así mientras las mujeres clasificadas como no pobres muestran tasas de fecundidad de 2.0 hijos, las pobres tienen 4.0, y las que se encuentran en miseria alcanzan tasas de 5.0 hijos por mujer. En relación a los grupos de edad, debe resaltarse que el único grupo que ha aumentado su tasa de fecundidad es el comprendido entre los 15 y 19 años, constituyéndose en grupo prioritario para la realización de acciones de educación sexual y planificación familiar.

El descenso de la mortalidad ha sido una constante para todos los grupos de edad, excepción hecha del comprendido entre 15 y 44 años, en el cual ha habido un leve ascenso. La tasa de mortalidad femenina se calcula en 4.8 por mil y la esperanza de vida al nacer en 70.2 años; sin embargo subsisten grandes diferencias entre las distintas regiones del país y entre las diversas clases socioeconómicas.

La tasa de mortalidad materna alcanzó un nivel de 100 muertes por 100.000 nacidos vivos, para 1990. Es el indicador negativo de salud con menor transformación en Colombia en los últimos 15 años, ya que 1977 se registraban 192 muertes por 100.000 N.V. y en 1981 se encontraba en 117 por 100.000 N.V. Cabe señalar que existe un gran subregistro de muertes maternas que ha sido estimado en 75%, debido a múltiples factores entre los cuales se destaca el hecho de que los certificados de defunción no registran el estado gestacional.

En las 565 muertes maternas registradas para 1989 la estructura de causas fue: hipertensión inducida por el embarazo, las complicaciones del trabajo de parto y el parto, el aborto no especificado, las hemorragias del postparto y las infecciones. La mayor parte de estas entidades pueden ser consideradas como evitables y por tanto susceptibles de reducirse con intervenciones orientadas a la prevención, manejo y control de los riesgos condicionantes.

En la estructura de causas de mortalidad de las mujeres sobresalen las enfermedades cardiocerebrovasculares y el cáncer, seguidas de las neumonías y otras enfermedades del aparato respiratorio, los homicidios y accidentes de vehículo motor, la diabetes mellitus y las afecciones anóxicas e hipóxicas del recién nacido.

La prevalencia de enfermedad global por todas las causas es mayor en las mujeres que en los hombres. Las enfermedades de la piel y el tejido celular subcutáneo, las infecciones respiratorias agudas, y las enfermedades de los órganos genitales son las causas más frecuentes de consulta médica; mientras que el parto normal, las complicaciones del embarazo, parto y puerperio, y el aborto constituyen las principales causas de atención hospitalaria, representando el 34% del total de egresos de ambos sexos.

A través de la encuesta de morbilidad se halló que otros problemas importantes entre las mujeres, son los trastornos de refracción y acomodación, las várices de miembros inferiores, las enfermedades de los ojos, las hernias umbilicales, y las enfermedades de los dientes y estructuras de sostén.

Otros problemas de salud que se consideran de incidencia alta aún cuando no se dispone de estudios nacionales, son los de salud mental, salud ocupacional y el maltrato y violencia ejercido sobre la mujer a nivel familiar, social y laboral.

Por otra parte, en relación al rol que desempeña la mujer como proveedora de servicios de salud, puede decirse que alrededor de un 80% de los trabajadores de la salud son mujeres, tanto a nivel comunitario como institucional; sin embargo el porcentaje de aquellas que se encuentran en posiciones directivas, no llega al 15%. Esta problemática tiene raíces profundas en la discriminación que ha habido sobre la mujer, por la cual ella ha estado subordinada y sin acceso al poder.

Por todo lo anterior, y partiendo de que es necesario incorporar la consideración de género tanto a las políticas de salud como a los planes y programas del sector, el Ministerio de Salud viene desarrollando las siguientes políticas específicas para la mujer:

2.12.1. Cobertura y calidad de atención

Mejorar las condiciones de salud de la mujer reduciendo los índices de morbilidad y mortalidad por causas prevenibles.

- Disminuir la morbimortalidad materna evitable mejorando la accesibilidad a los servicios, capacitando al equipo de salud, realizando vigilancia epidemiológica activa e intensificando la educación en salud.
- Garantizar la accesibilidad de las y los adolescentes a los servicios de planificación familiar, aumentando la disponibilidad de insumos, modificando las normas de atención y fortaleciendo la educación en salud.

- Mejorar las acciones de prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento de las enfermedades cardiocerebrovasculares, y de la diabetes dirigidas a la mujer.
- Incrementar las acciones de diagnóstico precoz y tratamiento oportuno del cáncer cérvico uterino y de mama.
- Promover e incentivar la investigación sobre la salud mental y ocupacional de la mujer y desarrollar programas que den respuesta a las necesidades detectadas.
- Fomentar y realizar investigaciones sobre violencia intrafamiliar, laboral y social ejercida contra la mujer, formular y poner en ejecución acciones que intervengan decididamente sobre el problema.
- Desarrollar un plan de educación sexual que promueva actitudes y comportamientos adecuados tales como respeto, autoestima y responsabilidad, y prevenga las enfermedades de transmisión sexual.

2.12.2. Fortalecimiento del status de la mujer

Ampliar las oportunidades para que la mujer eleve su participación en la planificación, formulación de políticas y niveles de decisión en los programas de salud.

- Mejorar la autoestima de la mujer para que se desempeñe con éxito en las diferentes funciones, en especial aquellas relacionadas con la toma de decisión y liderazgo.
- Reafirmar el liderazgo actual ganado por la mujer en el ámbito de la salud, de manera que legitime y ejerza el poder, tanto a nivel micro como macro.
- Ofrecer oportunidades de capacitación a la mujer en todos los niveles para que compita en igualdad de condiciones con el hombre.
- Elevar la toma de conciencia social acerca de las discriminaciones existentes hacia la mujer a fin de igualar las oportunidades de hombres y mujeres modificando la situación actual.

2.12.3. Readecuación de la cultura de salud

Identificar dentro de la cultura tradicional de salud aquellos aspectos que puedan contribuir a que la mujer reciba el reconocimiento, status y apoyo que requiere el rol que ya desempeña como

proveedora de servicios de salud; y lograr que la responsabilidad de la salud sea tanto de hombres como de mujeres.

- Dirigir los programas de fomento y educación en salud hacia el grupo familiar y la comunidad sin señalar a la mujer como única proveedora de salud.
- Revisar las normas de atención en salud a fin de garantizar que incluyan igualmente a hombres y a mujeres hacia una real responsabilidad compartida del ciudadano individual, familiar y comunitario.
- Promover que el hombre participe en el cuidado en salud de su familia y su comunidad.
- Promover un cambio de actitudes en el personal de salud que lo lleve a considerar el proceso de la salud como una responsabilidad de mujeres y hombres.

2.13. SERVICIOS DE MANTENIMIENTO. CARACTERIZACION DEL SISTEMA DE MANTENIMIENTO ACTUAL

Actualmente las actividades de conservación y mantenimiento de los equipos médico-hospitalarios, se llevan a cabo para el sub-sector público, por parte del FNH, las Direcciones Seccionales de Salud y algunos hospitales; para las instituciones de salud de la seguridad social, por parte del Instituto de los Seguros Sociales y finalmente, para los organismos de salud del sector privado, por parte de empresas particulares, quienes a su vez también venden sus servicios al sub-sector público y al de la seguridad social.

2.13.1. Fondo Nacional Hospitalario (FNH)

A nivel central el FNH, establecimiento público adscrito al Ministerio de Salud, tiene por función mantener la infraestructura hospitalaria del sub-sector público. Para ello, cuenta con la División de Ingeniería y Mantenimiento, creada a partir de 1976, cuando el FNH asumió el Centro de Ingeniería y Mantenimiento que operaba como organismo independiente de la Entidad.

La creación de esta División fue, en parte, consecuencia de la utilización generalizada de créditos externos para la dotación de los hospitales. En efecto, con el desarrollo del proceso de importación y distribución de equipos en los organismos de salud y su posterior operación, se fue haciendo necesario contar con personal especializado para la instalación de los mismos y para su mantenimiento, ya que los hospitales no contaban ni con los recursos, ni con el personal capacitado para ello.

Entre 1975 y comienzos de los 80, las actividades de conservación y mantenimiento del equipamiento médico-hospitalario se realizaban de manera casi esporádica, sin obedecer a planes o programas, situación en gran parte motivada por la falta de recursos presupuestales para ejercer adecuadamente esa función. En efecto, las actividades de mantenimiento que adelantaba el FNH, consistían básicamente en el desplazamiento de técnicos a los hospitales para la revisión y reparación de equipos, cuando estos así lo solicitaban, y se financiaban con recursos del presupuesto de funcionamiento de la Entidad, los cuales eran bastante limitados. De la disponibilidad de recursos para gastos de viaje y de transporte y para la compra de repuestos, dependía la oportunidad del servicio.

A finales de la década de los 80, dado el gran volumen de equipamiento importado con varios años operando con casi nulo o incipiente mantenimiento, debido a la falta de políticas claras en esa materia y a la escasa disponibilidad de recursos presupuestales, tanto por parte del FNH como de los propios hospitales, se hizo necesaria la reorientación de recursos hacia esa actividad. Esto se reflejó en aumentos en el presupuesto del FNH para esta área, de manera que

entre 1968 y 1985, el presupuesto de mantenimiento participó con el 0.2% de la inversión total, mientras que entre 1986 y 1990, pasó a representar el 8.3%

A partir de 1986, se viene ejecutando el programa de Brigadas de Mantenimiento de Equipos, el cual consiste en el desplazamiento de un grupo de técnicos, con los implementos necesarios incluyendo repuestos, a los hospitales para prestar el servicio de mantenimiento, previo diagnóstico de la situación del equipamiento de las respectivas instituciones de salud. A través del Convenio Colombo-Español (FOCOEX), en su fase II, el FNH ha adquirido Unidades de Talleres Móviles, que vienen apoyando las Brigadas de Mantenimiento.

De otra parte, para esta misma época, a través del Programa de Consolidación del Sistema Nacional de Salud, financiado con recursos del crédito externo BIRF, se ejecutó el componente de construcción de 19 talleres de mantenimiento en el país en igual número de hospitales regionales. Sin embargo, el impacto de este Proyecto ha sido mínimo, dada el bajo monto de recursos asignados a este componente y a la falta de una concepción integral de la problemática del mantenimiento de equipo médico-hospitalario.

Desde 1988, las actividades de mantenimiento en el FNH se vienen financiando con recursos del presupuesto de inversión, lo que ha permitido garantizar la compra de repuestos y la contratación de los servicios de mantenimiento con firmas privadas para equipos de alta tecnología adquiridos por la Entidad y cuyo período de garantía ha terminado.

Con respecto al proceso de sistematización del servicio de mantenimiento, el FNH contrató con la firma canadiense Raymond Chabot, a mediados de 1988, un programa piloto para tal efecto en el Hospital Pablo Tobón Uribe de la ciudad de Medellín, que en su primera etapa comprendió un detallado inventario del equipo médico existente y en la segunda, la aplicación y adecuación de software para emprender las acciones relacionadas con el mantenimiento preventivo y correctivo de los mismos. La aplicación del sistema de información requería adicionalmente acondicionar una infraestructura previa que incluyera capacitación de personal, dotación para el mantenimiento, etc., de la cual no disponía la gran mayoría de los hospitales, de manera que el programa no pudo generalizarse en las instituciones del sub-sector.

Con base en la experiencia anterior, en 1989, con el apoyo del Servicio Seccional de Salud de Santander, se inició un nuevo programa de sistematización del área de mantenimiento, el cual ya ha sido aplicado con relativo éxito, en varias instituciones de salud de ese Departamento.

Recientemente, en las negociaciones de créditos externos para la adquisición de dotación médico-hospitalaria, el FNH ha dado particular importancia al componente del mantenimiento de los equipos a adquirir, no solo en términos de provisión de repuestos, sino de capacitación para su manejo, conservación y reparación.

Consecuentes con esto, en la actualidad el FNH, para los equipos de rayos X marca CGR, adquiridos en 1979 y 1982, está ejecutando un contrato con la firma SOPHA DEVELOPEMENT, para el suministro de repuestos y capacitación de técnicos de la Entidad. Adicionalmente se están negociando otros empréstitos que consideran esa modalidad.

Con respecto a las actividades de capacitación que adelanta la División de Ingeniería y Mantenimiento a través de la Sección de Docencia, desde 1976 hasta 1990 se han dictado 290 cursos en las áreas de electromedicina, rayos X y odontología, entre otros, beneficiando a 5623 técnicos de las distintas instituciones hospitalarias. Pese a este considerable número de personal capacitado, el impacto de esta acción no ha sido mayor, en la medida en que se verifica un alto índice de deserción debido en gran parte, a las bajas escalas de remuneración para este tipo de personal en los hospitales del sector.

En síntesis, el FNH a través de su División de Ingeniería y Mantenimiento ha realizado grandes esfuerzos por apoyar el desarrollo de las actividades de mantenimiento de equipos médico-hospitalarios en el sub-sector público. Sin embargo, los datos de una encuesta realizada por el FNH con cobertura del 87% de las instituciones de salud del sub-sector público de segundo y tercer nivel de atención (hospitales regionales y universitarios), que se presentan a continuación, demuestran la situación deficitaria en que se presta el mantenimiento actualmente en los hospitales de este sub-sector. Para el FNH, subsanar la crisis del mantenimiento de equipos médico-hospitalarios en las condiciones actuales de operación y prestación del servicio por parte de la Entidad, es una tarea difícil de cumplir.

La encuesta realizada en 1990, analizó los siguientes aspectos: los recursos presupuestales destinados a la actividad de mantenimiento y su participación en el presupuesto total; el recurso humano y su nivel de capacitación y, finalmente, las condiciones de espacio y dotación de los talleres de mantenimiento existentes en cada institución.

Con respecto al análisis presupuestal, el presupuesto total de las instituciones encuestadas que respondieron este ítem, fue de \$ 61.000 millones de pesos para 1990, mientras que los recursos asignados para el mantenimiento ascendieron a \$1.700 millones de pesos, lo que corresponde al 2.8% de la asignación total y representa un promedio de \$ 18 millones de pesos por institución, cifra bastante baja si se tiene en cuenta que el presupuesto mínimo requerido para el mantenimiento actualmente, debería equivaler aproximadamente al 10% del valor total de los equipos instalados y en funcionamiento en una institución. Esto puede significar 2 millones de pesos por cama. Esta situación se ve agravada, si se tiene en cuenta que por el rubro de mantenimiento se financian todos los gastos generales, tales como compra de combustibles y reparaciones locativas menores.

El recurso humano responsable de planear, ejecutar y controlar las acciones de mantenimiento en los organismos encuestados, está distribuido así: el 4.47% son profesionales, el 18.01% técnicos, el 77.52%, auxiliares y ayudantes.

La encuesta detectó que el 84% de los hospitales no dispone de herramientas y que el 6% cuenta con herramientas deterioradas o insuficientes para atender la demanda de servicios.

De lo anterior se desprende que la gran mayoría de las instituciones hospitalarias del sub-sector público, no realizan acciones de mantenimiento preventivo ni correctivo al equipamiento médico-hospitalario, debido a que no cuentan con los recursos financieros, ni con el personal capacitado, ni con la planta física, ni los equipos e información técnica requerida para esta actividad. Por otro lado, estas actividades de mantenimiento vienen siendo asumidas por el nivel central, a través de los talleres del FNH, debido a la ausencia de talleres regionales de mantenimiento. Esto ha hecho difícil la prestación oportuna y eficiente de los servicios de mantenimiento a toda la infraestructura hospitalaria del sub-sector.

2.13.2. Direcciones Seccionales de Salud y Hospitales del Sub-Sector Público

Algunas Direcciones Seccionales y hospitales han implementado algún tipo de talleres de mantenimiento en donde se efectúan sólo actividades elementales de recuperación y conservación de equipos, pues su infraestructura es mínima, así como los recursos destinados para ello. En términos de personal, el nivel de capacitación es pobre pues el Jefe de Mantenimiento tiene en promedio una escolaridad de cuarto o quinto de primaria y no dispone ni del espacio, ni de los instrumentos indispensables para el desarrollo de la actividad.

En aquellas instituciones en donde se ha logrado implementar algún tipo de taller y la correspondiente organización responsable de efectuar tales tareas, las actividades se enfocan hacia recuperación de equipos de baja y en unos pocos casos mediana tecnología. Para aquellos equipos de alta tecnología o que requieran repuestos de alto costo, los hospitales y Direcciones de Salud normalmente solicitan el apoyo del FNH. En los hospitales locales en donde prácticamente casi no existe infraestructura de mantenimiento, cualquier acción debe ser solicitada a las Direcciones o al FNH, generándose demora, un alto deterioro de los equipos y paralización de los servicios del centro asistencial.

De las 33 Direcciones Departamentales de Salud que operan en el país en igual número de regiones, solamente el 30% ofrece el servicio de mantenimiento de equipos a los hospitales de su área de influencia en las condiciones mínimas antes descritas.

2.13.3. Instituto de los Seguros Sociales (ISS)

El Instituto atiende la actividad de mantenimiento a través de dos modalidades; contratación de empresas o personas especializadas y atención directa con grupos de mantenimiento localizados en sus clínicas más grandes.

La contratación se hace a dos niveles: de un lado, en la dirección nacional de mantenimiento en Bogotá, se contrata el mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos de alta tecnología y algunos de mediana complejidad, generalmente con los representantes del equipo en el país. Estos contratos definen frecuencias de visita, costos de transporte y estadía según ciudades, volumen de equipo a cubrir, así como los procedimientos de control técnico-operativo y administrativo a los que debe someterse el contratista.

Las visitas de mantenimiento correctivo no programadas las decide cada director de clínica mediante solicitud a la dirección nacional, la cual a su vez, autoriza de manera casi automática el desplazamiento de los técnicos con el único requisito, por parte de los solicitantes, de auditar el trabajo realizado y rendir concepto técnico sobre su ejecución y calidad.

De otro lado en el nivel local, los directores regionales son autónomos para contratar con empresas o personas el mantenimiento del equipo no cubierto por el nivel nacional. Los contratos son similares a los del nivel central y pueden celebrarse con empresas locales o de otras regiones.

Los grupos de mantenimiento interno cubren las labores de limpieza de rutina, reparaciones menores, diagnóstico de daños y auditoría de contratos. Están conformados por ingenieros y técnicos con formación académica, que atienden tanto la planta física como los equipos médicos y de apoyo básico. Son grupos relativamente numerosos en función del tamaño de la clínica.

Este enfoque viene operando hace 3 años y los responsables nacionales consideran que la experiencia ganada les ha permitido disminuir el valor de los contratos, aumentar la velocidad de respuesta y un mejoramiento en las condiciones de operación de los equipos.

No obstante, se carece de un sistema de información dinámico sobre el inventario total de la institución y de los contratos que celebran las Direcciones Regionales. Recientemente terminaron un inventario de equipamiento, pero este es incompleto en relación con las condiciones de funcionamiento del equipo y se carece de una hoja de vida de los equipos, excepto en el caso de los más complejos y costosos.

2.13.4. Sector Privado

En la prestación de los servicios de conservación y mantenimiento de las instituciones de salud en el país, el sector privado juega un papel fundamental. Sin embargo, no existe una oferta amplia de servicios de conservación y mantenimiento, pues se trata de un mercado monopólico, razón por la cual tales servicios son normalmente muy costosos.

La situación actual se caracteriza por la existencia de tres tipos de organizaciones:

1. Empresas multinacionales fabricantes, con instalaciones en el país, que comercializan equipos y disponen de departamentos de mantenimiento, pero que también subcontratan profesionales independientes, como en los casos de Philips y Siemens.
2. Empresas Colombianas comercializadoras que pueden tener o no la representación exclusiva de marcas internacionales. En su mayoría son empresas relativamente pequeñas con distintos grados de antigüedad. Por lo general representan equipos de origen Norteamericano y Japonés.

De acuerdo con el Registro de la Confederación de Cámaras de Comercio, (CONFECAMARAS), estas empresas y las que venden instrumental, insumos de laboratorio, ropa y otros elementos consumibles, son 402 en el país. De este total, las dedicadas a la comercialización de equipos son una minoría que no pasa del 20%.

Están localizadas en 15 ciudades capitales, pero el 90.3% de ellas tienen como sede a Bogotá, Medellín, Cali y Barranquilla, destacándose las de Bogotá que representan el 69% del total registrado.

Cuántas de ellas ofrecen mantenimiento, con grupos propios o contratados es algo que por ahora se desconoce, pero es claro que las casas fabricantes que conceden las representaciones exigen el montaje de talleres de mantenimiento y el entrenamiento de personal Técnico como requisito ineludible. Esta exigencia y la creciente conciencia sobre la necesidad del mantenimiento en los administradores hospitalarios tanto públicos como privados, tiende a consolidar en el mediano plazo, una oferta de personal calificado que hace seis (6) u ocho (8) años prácticamente no existía.

A fin de tener una visión más precisa sobre la verdadera oferta de mantenimiento, se consultó el Registro de CONFECAMARAS en la Clasificación CIU correspondiente a equipos médicos, odontológicos, científicos y de precisión, encontrándose únicamente 69 Firmas localizadas en 12 ciudades capitales. De este total el 82.6% se localizan en las cuatro principales ciudades y entre ellas las radicadas en Bogotá representan el 43% del total del país.

Existen además empresas especializadas en la reparación de motores, plantas eléctricas, bombas de agua, calderas y sistemas de vapor, que podrían prestar servicios de mantenimiento a las áreas de apoyo básico de los hospitales, pero hasta el momento no hay evidencia que lo estén prestando. Este grupo de acuerdo con el registro de CONFECAMARAS, asciende a 1034 empresas.

3. Empresas dedicadas exclusivamente al mantenimiento, conformadas por ingenieros y técnicos provenientes de los dos tipos de empresas reseñadas anteriormente, de instituciones oficiales como el ISS, el Hospital Militar, la Armada Nacional, Ecopetrol o el Fondo Nacional Hospitalario.

Precisar su número y localización es extremadamente difícil por cuanto, en su mayoría, carecen de una organización empresarial formal y por lo general son contratistas de empresas más grandes; su existencia es sin embargo, un hecho tanto para el Fondo Nacional Hospitalario como para las empresas que el Fondo Nacional Hospitalario ha contactado en el proceso de identificación de la oferta de mantenimiento.

En términos generales se trata de dos a cinco ingenieros y técnicos, con baja capacidad financiera y operativa que normalmente carecen de una sede de trabajo. Su actualización tecnológica depende en mucho de la fecha de desvinculación de las instituciones donde trabajaban y también del tamaño de los contratos y la frecuencia con la cual estén vinculándose con empresas más grandes como subcontratistas.

En la medida en que el conocimiento de la oferta privada de mantenimiento se consideraba precario, se desarrolló un ciclo de entrevistas para documentar en mejor forma la naturaleza, la calidad, la cobertura y los costos de las actividades de mantenimiento que prestan las empresas.

El sondeo realizado hasta el momento cubre 14 empresas seleccionadas del listado de la Seccional Bogotá, de la Federación Nacional de Comerciantes (Fenalco). El listado completo incluye 72 empresas que distribuyen instrumental, insumos de distinto tipo y equipos médicos; de estas últimas se identificaron aproximadamente 25 que presumiblemente prestan servicios de mantenimiento.

Las áreas de interés de las entrevistas realizadas fueron las siguientes:

- a. Antigüedad y principal actividad de la empresa.
- b. Ubicación y cobertura de oficina principal y sucursales.

- c. Marcas y tipos de equipo representados en forma exclusiva y/o compartida.
- d. Número y localización de los equipos atendidos.
- e. Número y nivel de calificación y salario, de los técnicos de mantenimiento.
- f. Modalidades y costos de los contratos de mantenimiento.
- g. Políticas de adquisición y venta de repuestos.
- h. Políticas sobre la empresa de documentación detallada, sobre rutinas de mantenimiento.

Las conclusiones más importantes del trabajo realizado son las siguientes:

De las 14 empresas una cambió de actividad y, de las trece (13) restantes sólo dos (2) son empresas dedicadas exclusivamente al mantenimiento. De las 11 restantes, diez (10) poseen departamentos de mantenimiento o técnicos contratados en forma permanente por honorarios.

La antigüedad es variable y puede resumirse en que cuatro empresas tienen más de 20 años de fundadas; tres tienen entre 10 y 15 años de existencia; cuatro tienen entre cinco y seis años de existencia y dos menos de tres años.

Sólo cuatro empresas tienen sucursales en Cali, Medellín y Barranquilla, pero ninguna en las tres ciudades simultáneamente, aunque una de ellas tiene convenios de representación comercial con otras firmas en cinco ciudades.

Ocho de las trece tienen representaciones exclusivas de al menos dos marcas comerciales. Cabe resaltar que de este grupo sólo una de las empresas tiene menos de 5 años de creada.

En relación con la cobertura geográfica, el número de equipos atendidos y ocho (8) de los puntos geográficos atendidos regularmente. Entre las que contestaron el número promedio de equipos es de 300 y los puntos atendidos 25.

El número promedio de ingenieros es de tres por empresa (matemáticamente 3.4) y el número promedio de técnicos de cinco por empresa. Por lo general el 50% de los ingenieros recibe entrenamiento en el exterior en forma regular (Mínimo una vez cada dos años). El porcentaje de técnicos enviados a las fábricas es variable entre una empresa y otra.

Los sistemas de contratación y los costos del servicio, responden a dos sistemas: a) Los que cobran por hora o por visita tienen tarifas que varían entre \$ 15.000 y \$ 70.000; cuando pasa de \$ 40.000 aproximadamente, normalmente se trata de tarifa por visita; b) Los que cobran un porcentaje del valor del equipo, especialmente en los equipos de alta tecnología.

Estos costos no incluyen el valor de los repuestos, pasajes y viáticos excepto cuando se trata de escanógrafos y equipos similares. En general se realizan entre 2 y 3 visitas en el año dependiendo del tipo de equipo, antigüedad del mismo y capacidad financiera de la institución.

Predominan los clientes privados, pero los hospitales Universitarios, el ISS y las Universidades representan siempre una proporción del volumen total que va del 30% al 50%. En ambos casos -públicos y privados- hay baja disposición a contratar mantenimiento preventivo y en general se prefieren las órdenes de trabajo incluso, para el mantenimiento correctivo.

En todas las modalidades los costos del servicio pueden cambiar en función de la localización geográfica, del volumen de equipos que se atienden en una región en un mismo viaje y de la opinión de los técnicos sobre el trato dado a los equipos, por parte del personal de la institución.

2.14. ANALISIS INSTITUCIONAL DEL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO DEL FONDO NACIONAL HOSPITALARIO

2.14.1. Estructura Organizativa

El Fondo Nacional Hospitalario no cuenta con recursos humanos, físicos, tecnológicos, jurídicos y financieros para prestar el servicio de mantenimiento a todas las instituciones del Sistema de Salud.

Para ello dispone de la División de Ingeniería y Mantenimiento, la que se encuentra estructurada de la siguiente manera:

a. Sección de Mantenimiento

Conformada por los siguientes grupos técnico-administrativos:

- Grupo de electromedicina y rayos x
- Grupo de mecánica médica
- Grupo de comunicaciones
- Grupo de servicios industriales
- Grupo de almacén de equipos y repuestos

b. Sección de Docencia

A la que está adscrito el Centro de Documentación Tecnológica.

A través de esta división se desarrollan actividades de asesoría, preinstalación, instalación, operación, capacitación y mantenimiento correctivo de los equipos médico-hospitalarios de mediana tecnología de los hospitales del segundo y tercer nivel de atención del Sistema de Salud.

Funciones como la asesoría técnica a los hospitales del segundo y tercer nivel de atención para la adquisición de nuevos equipos, la contratación de servicios de mantenimiento, la evaluación del estado de vida útil de los equipos; la formulación y desarrollo de programas de capacitación

por parte de los servicios seccionales de salud o de los hospitales, puede decirse que han sido bastante limitadas a lo largo de la historia del Fondo. Igual puede decirse de la asesoría a los municipios conforme a lo establecido en el Decreto-ley 77 de 1987, y en el artículo 2, numeral 3 literal a) del Decreto - Ley 1400 de 1990.

En otras palabras, la función normativa y evaluativa que se viene ejerciendo sobre el diseño y producción de normas y rutinas de mantenimiento del equipamiento médico-hospitalario, ha sido hasta el momento prácticamente inexistente.

La función docente que se relaciona con el diseño y ejecución de programas para la capacitación y el desarrollo del recurso humano en mantenimiento de las diferentes áreas de equipos, ha logrado un mayor desarrollo. Entre 1976 y 1990, el FNH ha capacitado a 3.188 funcionarios en el mantenimiento de diferentes familias de equipos.

La función investigativa ha sido otra gran ausente de las actividades del FNH, debido a la falta de políticas coherentes, a la falta de asignación de recursos para su desarrollo y a la dispersión de funciones de la entidad y su excesiva centralización.

2.14.2. Recursos disponibles

a. Recursos humanos y físicos

El recurso humano especializado vinculado al FNH en las áreas eléctrica, electrónica y mecánica, se viene obteniendo de los egresados de algunos institutos tecnológicos, de Universidades, del Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA) y del propio proceso de adiestramiento en servicio de la Entidad.

Con frecuencia, el Fondo Nacional Hospitalario utiliza el recurso profesional y técnico de los hospitales para efectuar algunos trabajos especializados de mantenimiento y para desarrollar programas de capacitación.

Actualmente, la División de Ingeniería y Mantenimiento cuenta con el siguiente personal profesional:

AREA DE ESPECIALIDAD	CANTIDAD
Ingenieros Electrónicos	9
Bibliotecóloga	1
Profesionales en otras áreas	1
Tecnólogos	3
Técnicos Básicos	18
Auxiliares	4
Personal Administrativo	5
TOTAL	41

Este personal se encuentra organizado en 12 talleres según las siguientes especialidades:¹⁹

- Mantenimiento de equipo médico-hospitalario con sistemas eléctricos y/o mecánicos.
- Mantenimiento de equipo de electromedicina, laboratorio clínico, electrónico y rayos X.
- Mantenimiento de equipo de radiocomunicaciones.
- Mantenimiento de equipo básico hospitalario y redes.
- Procesos industriales para elaboración de piezas y partes o insumos para efectuar el mantenimiento correctivo.

Así mismo se cuenta con bodegas para recepción, almacenamiento y despacho de equipos, partes y repuestos.

¹⁹Cada uno de los grupos técnico-administrativos desarrolla sus tareas en talleres así: i) Grupo de Eletromedicina y Rayos X: En los talleres de rayos X, electromedicina y laboratorio clínico para equipos electrónicos. ii) Grupo de Mecánica Médica: En los talleres de equipo eléctrico, mecánica de precisión, anestesia y oxígeno-terapia. iii) Grupo de Servicios Industriales: En los talleres de unidades odontológicas, equipo básico hospitalario, metalistería y soldadura, máquinas y herramientas, pintura y carpintería.

La actividad de mantenimiento de estos talleres se desarrolla en una planta física con un área total de 4.000 m². Cada taller cuenta con bancos de trabajo y sus correspondientes instalaciones y redes de energía, aire comprimido y oxígeno, así como los instrumentos de medición y prueba básicos.

b. Recursos Tecnológicos

En este campo se dispone de la documentación tecnológica de aproximadamente un 60% de los equipos médico-hospitalarios adquiridos por la Entidad. Igualmente, se está trabajando en la sistematización de dicha información, para prestar un mejor servicio a las entidades hospitalarias.

De otra parte, el FNH cuenta con un "know-how" tecnológico que ha venido desarrollándose por espacio de 15 años. Dispone de una estructura técnico-docente de tipo modular y un material instructivo completo en las áreas de administración y mantenimiento hospitalario en equipos de rayos x, laboratorio clínico y electromedicina. Se está trabajando en el diseño y producción de medios instructivos impresos en otras especialidades.

Además se cuenta con otras fuentes de desarrollo del recurso humano, mediante convenios con varias Universidades y con el Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA). Desde hace cuatro años se viene pactando en los contratos de compra de equipos, tanto de crédito interno como externo, la respectiva capacitación, la que debe ser impartida por los proveedores de los mismos.

A pesar de que el FNH viene realizando desde el año 1976 actividades de conservación y mantenimiento del equipamiento médico-hospitalario de las instituciones de salud del sub-sector público, el impacto de esta labor ha sido bajo, debido a dificultades institucionales de diferente tipo, que se resumen a continuación:

De orden administrativo:

La posibilidad de ofrecer un servicio de mantenimiento preventivo y correctivo de equipos en condiciones de calidad, eficiencia y oportunidad, requiere de un esquema administrativo ágil que haga posible, entre otros aspectos, la adquisición de repuestos e insumos y el desplazamiento de personal técnico, en forma oportuna, situación que no es propia de las instituciones del sector oficial, las cuales se rigen por normas de contratación administrativa que exigen trámites lentos y dispendiosos.

De orden financiero:

La disponibilidad de recursos con que ha contado el FNH para realizar acciones en el área de mantenimiento, ha sido tradicionalmente muy escasa, en comparación con los altos montos de recursos de inversión para la adquisición de equipamiento médico con destino a las instituciones de salud del sub-sector público. Es así como el componente de mantenimiento ha sido el menos atendido, participando solamente con un 3.5% de los recursos asignados a la Entidad en sus 23 años de gestión, mientras que el componente de dotación de equipos e instrumental médico-hospitalario representa el 45.4% del total asignado al FNH.

De orden técnico:

El FNH cuenta con 35 funcionarios de planta y cinco por contrato de prestación de servicios, que realizan labores de mantenimiento de equipos, de los cuales solamente 21 cumplen con el perfil técnico para el desarrollo de su funciones. Además de ser este un número insuficiente para atender la infraestructura de salud del sub-sector público, el nivel de capacitación de la mayoría es bajo. Lo anterior, permite concluir adicionalmente, que pese a que el FNH cuenta con 4.000 mts.2 de área dotada para realizar las actividades de mantenimiento, dicha infraestructura está subutilizada.

En las condiciones antes descritas, para el FNH resulta difícil atender en forma oportuna y eficiente el problema del mantenimiento del equipamiento médico-hospitalario del sistema oficial, lo que hace indispensable recurrir a una alternativa al esquema actual de prestación de servicios.

2.15. CONCLUSIONES: PROBLEMAS Y PERSPECTIVAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD

El progreso en materia de salud durante los pasados cincuenta años fue, más acelerado que el registrado por el promedio de naciones en desarrollo. El que la esperanza de vida se haya más que duplicado durante el presente siglo, es prueba fehaciente de ello. Puede afirmarse que hasta comienzos de los setenta, el progreso en las condiciones de salud de los colombianos fue resultado básicamente del acelerado ritmo de progreso económico, el cual permitió superar las anormales condiciones de atraso de nuestro país, que se presentaron en las primeras décadas del presente siglo.

A pesar del rápido progreso, la carencia de servicios de salud aún es enorme para un segmento muy grande de la población más pobre de Colombia.

En términos de recursos, el problema más grave de la salud pública consiste en la deficiente y escasa cobertura de atención primaria de los grupos con menores recursos. Una tercera parte de los colombianos, constituida por los más pobres, no tiene acceso a los servicios de salud. El 80% de las enfermedades podrían resolverse con acciones de promoción, prevención y atención básica. Los recursos humanos, físicos y financieros se han concentrado excesivamente en la atención curativa en los niveles superiores, que resulta más costosa y con menores posibilidades de llegar a una cobertura más extensa de la población.

Sin embargo, más que de la disponibilidad global de infraestructura física y de personal médico especializado -donde el país ha logrado enormes avances-, el progreso en la salud dependerá de la posibilidad de reorganizar sus instituciones y sus servicios para atender en forma más eficiente y equitativa la población más necesitada.

En efecto, la deficiencia en la administración, constituye el área más crítica del sector, repercutiendo en bajas coberturas, calidad precaria de los servicios y altos costos de operación. El exceso de centralismo y la organización institucional ha contribuido a ahondar la inequidad del acceso de los colombianos a los servicios de salud.

El proceso administrativo sectorial muestra fallas y vacíos en la gerencia, dirección, planeación, programación y control. No existen manuales de funciones y procedimientos en áreas claves como los suministros, la información y el mantenimiento.

Específicamente, en términos de la prestación del servicio de mantenimiento de equipos médico-hospitalarios, los principales problemas detectados que han contribuido mayoritariamente a su deterioro y paralización, se deben: i) a la inexistencia de políticas sobre mantenimiento; ii) al bajo nivel de capacitación técnica del personal encargado de desarrollar las actividades de

mantenimiento preventivo y correctivo de equipos médicos, en las instituciones de salud; iii) a la falta de concientización de los directivos de los hospitales sobre la importancia de mantener el equipamiento; y finalmente, iv) a la escasa disponibilidad de recursos financieros, de personal, de áreas físicas y de equipos y herramientas para prestar el servicio en condiciones adecuadas.

En síntesis, la política sectorial busca poner en marcha reformas institucionales que permitan la organización de servicios eficientes, con cobertura universal y de buena calidad; promover que los municipios y departamentos asuman la responsabilidad en la dirección, prestación y financiación de los servicios de salud, mediante el impulso del proceso de descentralización; mejorar la gestión y administración de las instituciones para aumentar su eficiencia en el manejo y uso de los recursos y dar utilización racional a la infraestructura y dotación hospitalaria; y por último, ampliar la disponibilidad de recursos para el sector y mejorar la administración financiera para lograr la ejecución de la política de salud.

La política sectorial a la que se ha hecho referencia y particularmente, respecto al tema de la conservación y recuperación del equipamiento médico-hospitalario, el Ministerio de Salud, a través del FNH como entidad ejecutora, busca crear y organizar la Red Nacional de Mantenimiento como un proyecto que permita la prestación del servicio en forma eficiente, de buena calidad y con cobertura nacional; que apoye el proceso de descentralización, de manera que el nivel local y regional asuma su responsabilidad en la prestación del servicio, y finalmente, que mejore la capacidad administrativa de las instituciones de salud, para el uso más racional de la infraestructura física disponible.